



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica**

#### **A adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: a intervenção educativa do enfermeiro**

**Cláudia Elisabete de Oliveira Medeiros**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica**

#### **A adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: a intervenção educativa do enfermeiro**

**Cláudia Elisabete de Oliveira Medeiros**

**Prof<sup>ª</sup>. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa**

**2015**

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado realidade.

À Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa, pela sua orientação, pelo saber que me transmitiu, pelas opiniões e críticas e pela colaboração no solucionar de dúvidas e problemas, que muito contribuíram para o enriquecimento da minha formação académica e científica.

À enf<sup>a</sup> Sandra Martins e enf<sup>a</sup> Cláudia Silva, por todo o apoio e conhecimentos que partilharam comigo e por me ajudarem a conhecer melhor o fascinante mundo da enfermagem em estomaterapia.

Aos meus amigos, pela partilha dos bons e menos bons momentos, pela amizade, compreensão e muito apoio.

Ao Gonçalo, um agradecimento muito especial pelo apoio, ajuda, carinho e amor diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança, de força e pela grande paciência, em todos os momentos. Por tudo, o meu OBRIGADO.

Aos meus pais, um enorme OBRIGADO por acreditarem sempre em mim e me apoiarem em todos os meus projetos de vida e em tudo aquilo que faço. Por todo o carinho, amor e ensinamentos de vida.

## **SIGLAS/ ABREVIATURAS**

APECE	Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia
APO -	Associação Portuguesa de Ostomizados
CCR -	Cancro Colo Retal
CIPE® -	Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
enf <sup>a</sup> - -	Enfermeira
EONS -	European Oncology Nursing Society
ESEL -	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HL -	Hospital de Lisboa
HOL -	Hospital Oncológico de Lisboa
IOA -	International Ostomy Association
MA -	Modo Adaptativo
MAR -	Modelo Adaptativo de Roy
OE -	Ordem dos Enfermeiros
OEI -	Ostomia de Eliminação Intestinal
Prof. <sup>a</sup> -	Professora
RNAO -	Registered Nurses' Association of Ontario
ROR -	Registo Oncológico Regional
SIE -	Sistemas de Informação de Enfermagem
SNS -	Sistema Nacional de Saúde
SO -	Sala de Observações
UOAA -	United Ostomy Associations of America
WCET -	The World Council of Enterostomal Therapist
WHO -	World Health Organization

## RESUMO

O cancro colo-rectal é a 2<sup>a</sup> neoplasia mais frequente na Europa e em Portugal, implicando muitas vezes que na sequência do tratamento cirúrgico a pessoa fique com uma ostomia de eliminação intestinal (OEI).

A realização de qualquer OEI altera de modo transitório ou definitivo, a fisiologia gastro-intestinal e a imagem corporal, que afeta a autoestima e modifica todo o processo de vida da pessoa. O impacto na pessoa das complexas e limitativas alterações que uma OEI lhe impõe condicionam a vida familiar, laboral, afetiva, social e mesmo financeira, exigindo que a pessoa se adapte a uma diversidade de alterações. Estas vão variando desde o momento do diagnóstico até ao período do pós-operatório (ambulatório).

O enfermeiro têm uma função importante para a adaptação do doente à OEI, contribuindo com intervenções abrangentes e individualizadas que pertençam a um plano de ensino. Estas devem ser implementadas de modo sistemático, regular e sem dispensar a avaliação da adaptação da pessoa a esse mesmo plano.

Foi realizada uma auditoria aos registos de enfermagem que mostra que a informação sobre “o que é uma ostomia”, “complicações” e “avaliação do ensino” teve taxas de 0%, ficando os “direitos e acessibilidade” com 42%, os cuidados com “alimentação” foi de 62% sendo os “cuidados com o estoma e pele periestomal” e “trocar a placa e saco” de 75% e 83% respetivamente.

Após optou-se por uma formação à equipa de enfermagem, foram parametrizadas em linguagem CIPE® as intervenções educativas que constam de um plano educativo ao doente com OEI e realizado um folheto para os direitos e a acessibilidade, no final foi realizada uma nova auditoria aos registos de enfermagem onde se conclui que houve melhoria nas intervenções educativas ao doente oncológico com OEI.

**Palavras-chave:** Intervenções educativas; cuidados de enfermagem; adaptação; doente oncológico; ostomia / colostomia.

## ABSTRACT

Colorectal cancer is the 2<sup>nd</sup> most frequent neoplasia in Europe and in Portugal, many times implicating that in the sequence of a surgical treatment the person will end up with a bowel elimination ostomy.

The realization of any bowel elimination ostomy changes, transitory or definite, the gastro-intestinal physiology and the corporal image, which affects the self-esteem and modifies the person's whole process of life. The impact on the person of the complex and limitative alterations that a bowel elimination ostomy imposes condition the family, work, affective, social and even financial life, demanding the person's adaptation to a diversity of changes. These will vary since the moment of diagnosis until the postoperative period.

The nurse has an important function to the patient's adaptation to the bowel elimination ostomy, contributing with embracing and individualized interventions integrated in a teaching plan. These should be implemented systematic and regularly without exempting the evaluation of the person's adaptation to that same plan.

An audit was performed to the nursing records which shows that the information about "what is an ostomy", "complications" and "evaluation of teaching" had a tax of 0%, leaving the "rights and accessibility" with 42%, the care with "food" was 62% being the "care with the stoma and peristomal skin" and "exchange the baseplate and bag" of 75% and 83% respectively.

Afterwards it was chosen to following training to the nursing team, it was parameterized in CIPE® language the educational interventions that consist of an educational plan to the patient with bowel elimination ostomy and created a brochure for the rights and accessibility, in the end a new audit to the nursing records was performed where it was concluded that there were improvements in the educational interventions to the oncological patient with a bowel elimination ostomy.

**Keywords:** Educational interventions; nursing care; adaptation; oncological patient; stoma / colostomy.

## **ÍNDICE**

Pág.

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1. A DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b>	<b>13</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEORICO</b>	<b>19</b>
2.1.A Alteração da vida do doente oncológico devido à ostomia de eliminação intestinal	20
2.2.O processo de adaptação do doente oncológico à sua OEI	25
2.3.O impacto da intervenção do enfermeiro na adaptação do doente oncológico à sua OEI	27
<b>3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO</b>	<b>32</b>
3.1 Estágio desenvolvido num serviço de internamento de cirurgia geral de um hospital oncológico de Lisboa	34
3.2. Estágio desenvolvido numa consulta externa de Proctologia/Estomaterapia de um hospital oncológico de Lisboa	40
3.3. Estágio num serviço de internamento de cirurgia geral de um hospital de Lisboa	51
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>64</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Resultados da auditoria aos registos de enfermagem no período de Janeiro – Maio de 2013

**APÊNDICE II** – Checklist de intervenções educativas de enfermagem no internamento ao doente com OEI

**APÊNDICE III** - Estudo de Situação

**APÊNDICE IV** - Consultas de estomaterapia realizadas por tipo de OEI realizadas no período de ensino clínico de 11/11/2013 a 18/12/2013

**APÊNDICE V** - Problemas de adaptação apresentados pelas pessoas com OEI na consulta de estomaterapia

**APÊNDICE VI** - Problemas de adaptação com as complicações tardias da OEI apresentadas na consulta externa de estomaterapia



**APÊNDICE VII** - Folheto sobre os “Direitos da pessoa ostomizado” para a consulta externa Estomaterapia de um HOL

**APÊNDICE VIII** - Sessão de formação para sobre os Direitos dos Doentes Ostomizados para a “Reunião das 4<sup>as</sup>” da equipa de enfermagem na consulta externa

**APÊNDICE IX** - Guia de ensinos ao doente ostomizado da consulta externa de estomaterapia

**APÊNDICE X** - Parametrização do plano de ensino ao doente com OEI e sua família no sistema CIPE® /SAPE no serviço de Cirurgia Geral

**APÊNDICE XI** - Sessão de formação no serviço de cirurgia geral de um HL com o tema: “A Adaptação do Doente Oncológico à Ostomia de Eliminação Intestinal: a Intervenção Educativa do Enfermeiro”

**APÊNDICE XII** - Folheto “Direitos e Benefícios da Pessoa Ostomizada”

**APÊNDICE XIII** – Instruções de como realizar o registo na CIPE® /SAPE

**APÊNDICE XIV** - Caracterização dos doentes oncológicos com OEI internados no serviço de cirurgia geral de um hospital de Lisboa

**APÊNDICE XV** - Resultados da auditoria aos registos de enfermagem no período Janeiro-Fevereiro de 2014

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º curso de Mestrado em Enfermagem e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) surge a elaboração do presente Relatório de Estágio, intitulado “A adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: intervenção educativa do enfermeiro, que pretende fazer uma análise das competências desenvolvidas pelas atividades realizadas em três campos de estágio distintos que têm em comum a intervenção do enfermeiro junto da pessoa com OEI devido a uma neoplasia.

Desempenho funções num serviço de cirurgia geral e deparo-me diariamente com as implicações que a OEI tem para o doente e família no seu processo de adaptação, e a importância da intervenção educativa dos enfermeiros enquanto elemento facilitador desse percurso adaptativo. Este facto mereceu e merece da minha parte, enquanto pessoa, enfermeira e futura enfermeira especialista, uma atenção especial e uma reflexão aprofundada, dado ser uma situação que me causa desconforto.

As doenças crónicas, a diabetes, as doenças cardiovasculares, a obesidade, as doenças respiratórias e o cancro) são doenças frequentemente associadas a um grau de incapacidade, de duração prolongada e geralmente de progressão lenta, que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, social, psicológico, emocional e espiritual) OE (2011). O seu número tem vindo a aumentar sendo a maior causa de morte no mundo responsáveis por 63% das mortes, ou seja, mais de 36 milhões de pessoas por ano WHO (2013). Estimou-se que 21% destas foram causadas pelo cancro (a segunda causa de morte a nível mundial), (WHO, 2013), e em 2012 estimou-se que tenham morrido em todo o mundo 8,2 milhões de pessoas, das quais aproximadamente 2 milhões foram na Europa, (Globocan, 2012).

No que respeita ao caso específico do cancro do cólon e reto (CCR), a nível mundial ocorrem cerca de 945 mil novos casos por ano, sendo este o quarto tipo de neoplasia mais frequente e a segunda nos países desenvolvidos (WHO, 2002). Cotrim (2007) referenciando Trowbridge & Burt (2002) acrescenta que a

incidência do CCR é ligeiramente superior no sexo masculino do que no sexo feminino. Na Europa, a taxa de mortalidade por CCR é mais elevada para ambos os sexos na Hungria e mais baixa na Grécia (Forno, 2009). Em Portugal, embora as principais vítimas de cancro sejam do sexo masculino (16,6% das mortes) em 2014 o CCR vitimou mais mulheres (16,4 %) que homens (15,3 %), (WHO, 2014).

O CCR é a doença que mais contribui para os cerca de 10 000 a 12 000 ostomizados que se calcula existirem em Portugal (Barata, 2010). É de lamentar que no nosso país, tanto o INE, como o ROR ou a APO desconhecem o número exato de doentes com ostomias, sendo que autores como Ferreira, Seica & Morais (2009) estimam existir 14 mil doentes ostomizados (valor que inclui todas as ostomias).

Neste estudo apenas me referi aos doentes com OEI, pois são os que existem em maior número (Miranda, 2013), tal como no serviço onde exerço funções.

A palavra “ostomia” é de origem grega, significa boca ou abertura sendo utilizada para designar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo, conforme o segmento exteriorizado assim é atribuída a denominação da ostomia. Quando o segmento exteriorizado faz parte do intestino delgado, assume a designação de jejunostomia ou ileostomia, e do intestino grosso (cólon), assume a designação de colostomia (Gemelli & Zago, 2002), todas elas são OEI.

O doente oncológico com OEI é confrontado com dois estigmas sociais conjuntos: o cancro e a presença da ostomia (Santos & Cesaretti, 2005), que implicam grandes transformações e mudanças no modo de vida quer a nível físico, quer a nível psicológico, nas relações familiares e sociais, (Coelho, Santos & Poggett, 2013; Ferreira *et al.*, 2009). Ao sofrimento associado ao impacto do diagnóstico acresce o sofrimento secundário aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia prolongados (Alves, 2010) e os de uma cirurgia mutilante, tendo o doente de lidar com a perda de uma parte do corpo, (Santos, 2012). Os profissionais de saúde têm um papel fundamental para facilitar todo o processo de adaptação, quer à doença oncológica, quer à presença de uma OEI, (Cotrim, 2007).

Os enfermeiros são um grupo de profissionais de saúde que assume um papel fundamental no acompanhamento do doente desde o pré operatório, até ao ambulatório, competindo-lhes estabelecer uma relação de ajuda, ter um conhecimento da situação da pessoa para estabelecer um plano de cuidados de saúde que inclua a intervenções educativas de enfermagem que foquem os aspetos técnicos, físicos, psicológicos sociais e profissionais com o objetivo de promover a adaptação<sup>1</sup>, funcional e reinserção da pessoa na sua nova realidade, (Alves (2010) referindo Martins (2004); Cascais, Martini & Almeida (2007); Silva & Rodrigues (2005)).

Como modelo teórico condutor do meu percurso de aprendizagem elegi o modelo teórico de Callista Roy, pois no seu Modelo de Adaptação, considera que o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação através da análise do comportamento e de fatores que influenciam a adaptação nos indivíduos ou grupos nos quatro modos adaptativos a saber, no físico-fisiológico, na identidade de autoconceito, na interdependência e no desempenho de papel contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade, (Tomey & Alligod, 2004 citando Roy, 1999), sendo que o processo de enfermagem, envolve a fases da avaliação inicial do comportamento e dos estímulos (focais, contextuais e residuais), a fase do levantamento dos problemas de adaptação, determinação de metas, a fase da intervenção e por último a fase da avaliação, (Monge & Avelar, 2009).

Contudo, os enfermeiros confrontam-se com algumas dificuldades em várias etapas do processo de enfermagem, nomeadamente quando realizam o ensino ao doente oncológico ostomizado e sua família, estando estas dificuldades relacionadas com a falta de conhecimento e alguns tópicos difíceis de abordar, mas também dificuldades em conseguir identificar os problemas nas várias dimensões, físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais presentes (Monge, R. & Avelar, M. 2009) e particularmente as relacionadas com a gestão de emoções do doente, os seus sentimentos negativos, como por exemplo o de rejeição e medo (Ardigo & Amante, 2013) ou a capacidade de comunicação e relação terapêutica capaz de ajudar a lidar com as limitações

---

<sup>1</sup> Segundo Roy adaptação “é o processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos e grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental”, (Tomey & Alligod, 2004, p. 307).

impostas pela presença do estoma e de um dispositivo coletor, a diminuição das atividades diárias e a incerteza quanto ao futuro, (Alves,2010).

Por sentir a necessidade de evoluir enquanto pessoa e profissional e em adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito do acompanhamento de doentes oncológicos com OEI e suas famílias tomei a decisão de realizar este Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica, área de intervenção Enfermagem Oncológica.

As competências comuns de enfermeiro especialista e de Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa definidas pela Ordem do Enfermeiros (OE) tal como as competências definidas pela EONS (2013) são a suporte de todo o este percurso.

Com objetivo de conseguir desenvolver as competências para prestar cuidados especializados ao doente oncológico com OEI e sua família delineei um projeto de estágio que teve como finalidade planejar o trabalho a executar, identificando o problema existente no serviço, elaboração e o desenvolvimento de um plano estratégico, sendo definidos objetivos, identificadas as atividades a realizar, identificação dos recursos existentes e estabelecidas metas e prazos para a sua execução, resultando este relatório após a implementação.

Para melhor apresentar as atividades desenvolvidas e o trabalho de campo que contribuiu para o meu percurso de desenvolvimento profissional, estruturei o relatório em quatro capítulos, na primeira parte será definida a problemática e a contextualização do tema que guiou o percurso de aprendizagem e de intervenção, seguido por um segundo capítulo dedicado ao enquadramento teórico de suporte ao trabalho onde se optou por uma organização de 3 subcapítulos dedicados às alterações da vida do doente com OEI, como é realizado o seu processo de adaptação e qual o impacto que a intervenção do enfermeiro tem para a adaptação do doente à OEI, num terceiro capítulo irei descrever a implementação do projeto nos três campos de estágio finalizando-se num quarto capítulo as conclusões finais, com referência às limitações sentidas.

## **1. A DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

Está bastante divulgado o conhecimento de que as doenças oncológicas constituem a segunda causa de morte em Portugal e que estas têm um profundo impacto, não só nos doentes, mas também nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral, (Ministério da Saúde, 2007).

A taxa de mortalidade de tumores malignos no ano de 2012 em Portugal foi de 2,4‰, ocupando o CCR a segunda posição com a uma taxa de mortalidade de 36‰, (INE, 2013).

Um doente com o diagnóstico de CCR é frequentemente submetido a uma cirurgia da qual resulta uma OEI. Esta altera de uma forma abrupta o modo como se processa a sua vida e a do núcleo de pessoas significativas (Ferreira, Seiça, & Moraes, 2009; Santos, 2012).

Na realidade, a realização de um estoma intestinal não implica apenas uma alteração da fisiologia gastrointestinal mas sobretudo tem implicações a nível da autoestima e imagem corporal, com repercussões psicossociais, por alterações nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais do ostomizado, (Bechara et al., 2005; Cascais, Martini & Almeida, 2007; Ferreira, Seiça, & Moraes, 2009).

Para Roy a pessoa é um sistema vivo de adaptação, forçosamente holístico e complexo, com dois processos internos o cognato e o regulador, que atuam ao nível dos quatro modos adaptativos e como tal são o centro dos cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood 2004). Cabe ao enfermeiro ao cuidar do doente oncológico com OEI e sua família utilizando o processo de enfermagem e através de seus instrumentos de intervenção ser capaz promover uma adequada adaptação, (Santos, 2012).

Na revisão sistemática realizada por Brown & Randle (2005) verifica-se que para os doentes com cancro submetidos a formação do estoma se adaptarem positivamente os enfermeiros têm um papel fundamental no cuidado pré e pós-operatório. No mesmo estudo Brown & Randle (2005, p. 74-75) referenciando Baxter & Salter, (2000) “ identificam aspetos do ensino onde os enfermeiros podem ajudar os doentes ostomizados: ajudar o paciente a entrar em acordo

com seu diagnóstico e prognóstico; o ensino de habilidades práticas no cuidado ao estoma e abordar questões em torno da família, redes de apoio e emprego”.

No serviço onde exerço funções, tem-se verificado o aumento do número de doentes oncológicos, dos quais com o diagnóstico de CCR, sendo que para alguns é necessário a realização de uma OEI. No ano de 2011 tivemos 51 doentes com uma OEI internados e 45 eram doentes oncológicos, todos eles com o diagnóstico de CCR, isto é 88% dos doentes internados no meu serviço com OEI pertencem à população de pessoas com CCR e 20 já apresentavam ostomia prévia ao internamento. Verificou-se que dos 45 doentes, 43 necessitaram da implementação de um plano educativo completo e apenas 2 necessitaram de abordagem em algumas intervenções do ensino<sup>2</sup> (não se encontrou registo do tipo de ostomia intestinal a que os doentes foram submetidos)

No ano de 2012 dos 28 doentes ostomizados que estiveram internados, 25 (89%) tinham CCR, sendo que 10 ficaram ileostomizados e 18 colostomizados, necessitando todos da implementação de um plano educativo completo.

Na instituição onde exerço funções o doente é encaminhado pelo médico de família do centro de saúde da área abrangida pelo hospital para ser observado na consulta externa de cirurgia geral pelo médico, este transmite-lhe o diagnóstico clínico e informa-o sobre a intervenção cirúrgica a efetuar, sendo que não são preparados pré-operatoriamente pelos enfermeiros. Após a alta estes doentes são encaminhados para os centros de saúde da área de residência, por não existir uma consulta de estomaterapia para o seu acompanhamento na instituição. Atualmente em Portugal, existem consultas de Estomaterapia na maioria dos hospitais e centros de saúde, tendo havido um incremento na formação em estomaterapia, área que adquiriu visibilidade e interesse por parte dos enfermeiros, embora muito haja ainda a fazer (APECE, 2010).

A falta de apoio ao doente com OEI e sua família não vai de encontro ao que está preconizado pelas instituições de referência mundial (UOAA, 201; IOA, 2013 e EOA, 2014), que aconselham que o doente com ostomia deva receber

---

<sup>2</sup> A expressão ensino e intervenções educativas de enfermagem ao longo do trabalho são sinónimas.

aconselhamento pré-operatório, havendo a necessidade de receber tanto cuidados médicos como cuidados de enfermagem especializados, também no período pós-operatório, esteja a pessoa no hospital ou já na comunidade.

Esta é a realidade com que me deparo diariamente no serviço de internamento de cirurgia geral. A de que só durante o internamento é que os enfermeiros intervêm junto do doente e família para o ajudar a adaptar-se à sua nova situação de vida. Após a reflexão e a tomada de consciência da importância que a equipa de enfermagem tem ao longo do internamento para o doente e sua família, verifiquei que esta preocupação era transversal a toda a equipa de enfermagem, enfermeira chefe e enfermeira supervisora.

Depois de uma conversa informal com toda a equipa foi consensual a importância da intervenção dos enfermeiros durante o internamento para a adaptação dos doentes oncológicos à sua OEI, tornando-se notória a existência de algumas lacunas na intervenção educativa por parte da equipa de enfermagem por vários motivos, a falta de conhecimento, alguns temas de difícil abordagem, e até ao momento não existirem registos das intervenções educativas realizada o que não facilita a realização do ensino de uma forma sistematizada nem individualizada.

De forma que surgiu a necessidade de conhecer como a equipa de enfermagem intervém para resolver os problemas de adaptação dos doentes oncológicos com OEI e sua família. Para tal foi realizada uma primeira auditoria aos registos de enfermagem (Apêndice I) no período de Janeiro a Maio de 2013 com base nas indicações dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados pela OE (2001), para avaliação do problema, ou seja, para compreender as lacunas existentes no ensino ao doente com OEI durante o internamento, os indicadores que constam da auditoria foram criados com base nas *guidelines* de boas práticas para a educação e o cuidado dos doentes com OEI da RNAO (2009), da UOAA, (2011) e WCET (2014).

Esta primeira auditoria foi realizada aos registos de enfermagem existentes em formato de papel sobre o ensino realizado aos doentes oncológicos com OEI antes de terem alta. Estes eram feitos numa checklist de intervenções *standards* que qualquer enfermeiro da equipa anotava como realizado quando cumpria aquela ação junto do doente. Esta lista de intervenções estava elaborada de uma



forma não organizada que carecia de uma sistematização, ficando aquém de um plano educativo individualizado, (não se encontra em apêndice por não existir autorização institucional). A partir de Maio de 2013, a instituição deu a indicação de que os registos não poderiam ser mais realizados em formato de papel e teriam que ser realizados no sistema informático CIPE® /SAPE.

Por forma a realizar a auditoria aos registos do ano de 2013 procedi à criação de um instrumento de recolha de dados (tabela onde constam os indicadores e o número de doentes analisados nos registos de enfermagem), procedendo posteriormente ao tratamento e análise descritiva dos dados a para cada indicador.

No ano de 2013 estiveram internados no serviço 12 doentes oncológicos com OEI, dos quais 11 colostomizados e 1 ileostomizado. Após análise verifiquei que o registo sobre a intervenção: “o que é uma ostomia” foi de (0%), o registo sobre os “cuidados com a ostomia e a pele periestomal “ (75%), “trocar a placa e o saco” (83%), “alimentação” (66%), “ complicações” (0%), “ direitos e acessibilidade” (42 %) e por fim a “avaliação” (0%).

Há lacunas na intervenção educativa do enfermeiro junto do doente com OEI, tal como foi verificado no estudo descritivo realizado por Matheus, Leite & Dázio (2004) sobre cuidado da pessoa ostomizada, realizado a 48 enfermeiros, onde foram levantadas as informações que a equipa de enfermagem possui a respeito do ensino ao doente com OEI e é avaliada a necessidade de estabelecer estratégias educacionais, destacando-se que 62% dos doentes não conhece os grupos de apoio existentes e 81% não conhece os direitos do doente ostomizados, tendo concluído que a assistência de enfermagem à pessoa ostomizada ainda se encontra repleta de dúvidas e dificuldades, mostrando haver necessidade da formação continua e a atualização da prática de enfermagem no cuidar do doente com OEI.

Também o estudo de Gemmill, Kravits, Ortiz, Anderson, Lai, & Grant, (2011), sobre o que sabem as enfermeiras de oncologia no que respeita ao cuidar de doentes com CCR com OEI, tendo o estudo sido realizado a 21 enfermeiras onde é concluído que a competência dos enfermeiros no cuidar a doentes oncológicos com OEI requer uma educação contínua da equipa de enfermagem.

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem do serviço de cirurgia geral ao doente com OEI e sua família surge particularmente como a finalidade deste trabalho.

Inicialmente e com base na minha experiência profissional detinha competências no domínio da gestão de cuidados, analisando todos os níveis, realizando a ponte para a minha prática de cuidados, encontrando-me ao nível de proficiente, a experiência ensina ao enfermeiro proficiente quais os acontecimentos típicos a esperar numa dada situação e como modificar os planos em resposta a esses acontecimentos (Benner,2001).

Para a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas de atuação no cuidar de doentes oncológicos é necessário atingir as preconizadas pela EONS (2013), que refere que a prestação de cuidados deve ser realizada de forma holística, tolerante, sem julgamento, assegurando que os direitos, crenças e desejos do indivíduo e das suas famílias não sejam comprometidos, para tal deve ser realizada uma avaliação abrangente e holística tendo em conta as condições físicas, sociais, culturais, psicológicas e ambientais da doença oncológica.

Tal como as competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010) e as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), em conjunto com as acima descritas recomendadas pela EONS (2013) permitir-me-á intervir no meu contexto de trabalho, influenciando e alterando a atuação dos enfermeiros da equipa de enfermagem, no cuidar do doente com OEI e sua família promovendo assim a sua adaptação pela melhoria dos cuidados prestados através da execução de um plano de intervenções educativas abrangentes.

Com este trabalho final da frequência do curso de mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica, pretendo chegar ao nível de perito, como refere Benner esta “estabelece que na aquisição e no desenvolvimento de competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”, (Benner, 2001, p. 43).

Segundo Fortin, (2009), a formulação das questões constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será

considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar. Estabeleci para isso a seguinte questão:

- Como devem os enfermeiros de um internamento cirúrgico executar um plano educativo que promova a adaptação doente com OEI?

Com bases na questão supramencionadas, formulou-se então a questão: “Será que a intervenção educativa dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia contribui para a adaptação do doente oncológico à sua OEI?” Esta questão foi elaborada segundo a mnemónica PICO (População [P], Fenómeno de interesse [I] e Contexto [Co])

## **2. ENQUADRAMENTO TEORICO**

De acordo com a definição de Loureiro & Fernandes (2007, p. 33) “as ostomias intestinais resultam de uma cirurgia criando um estoma na parede abdominal, devido a necessidade de esvaziamento fecal, ocasionado por algum transtorno no trânsito intestinal”. Sendo os estomas construídos em alças, os segmentos mais apropriados para a sua confecção são o íleo, o cólon transverso e o sigmoide, no que diz respeito ao modo como o segmento é exteriorizado na parede abdominal pode ser feito de duas maneiras, ou em alça (duas bocas) ou terminal (uma boca), (Rocha, 2011).

As ostomias de eliminação intestinal (jejunostomias, ileostomias e colostomias) podem ser temporárias ou definitivas, apresentando especificidades próprias no que se refere à consistência das fezes e cuidados específicos, tendo requisitos especiais para adaptação do doente.

Na base da necessidade da realização de uma OEI, estão algumas patologias cujo tratamento preconiza a constituição de um estoma intestinal, por exemplo, em alguns casos de colite ulcerosa, doença de Crohn e de polipose adenomatosa familiar, doença inflamatória perianal severa, incontinência fecal persistente (apesar de correção cirúrgica), proteção de anastomoses distais, peritonite por perfuração do cólon, oclusão intestinal, doença diverticular, megacólon e o cancro intestinal, (Alves, 2010).

De entre várias patologias oncológicas o CCR é o segundo mais comum no mundo, no estudo realizado a 114 indivíduos portadores de ostomias intestinais por Santos, Kimura & Chaves (2006), concluíram que a causa principal para a realização de um estoma definitivo foi o cancro (81,4%).

O CCR representa atualmente a primeira causa de morte em Portugal, contrariamente ao que se verifica na maioria dos países da Europa, a taxa de mortalidade por CCR em Portugal tem vindo progressivamente a aumentar, como tal, constitui uma importante questão de saúde pública no nosso país. Habitualmente atinge em maior percentagem doentes entre 60-70 anos, e só cerca de 5% têm uma base hereditária geralmente em doentes mais novos. (Melo & Braga, 2003)

A construção de uma ostomia implica alterações no estilo de vida dos doentes, bem como nas relações familiares e sociais. (Ferreira et al., 2009). A maioria dos ostomizados apresenta mudanças no seu modo de vida após a confecção do estoma, sendo essas mudanças provenientes de alterações físicas, psíquicas e sociais causadas pela perda do controle do esfíncter e alterações da imagem corporal, levando à necessidade de o doente ter de desenvolver estratégias para adaptar-se à nova realidade. (Coelho, Santos & Poggett, 2013).

### **2.1. A Alteração da vida do doente oncológico devido à ostomia de eliminação intestinal**

O impacto da realização de uma OEI possibilita o aparecimento de diversas reações à sua presença, obrigando a grandes transformações pessoais, que sobrecarregam ou excedem as capacidades adaptativas do doente oncológico.

Para o doente oncológico o termo “ostomia” assume significados diferentes, para uns é descrita como algo perturbador e constrangedor que veio alterar a sua imagem, outros encaram-na como uma solução para a sua doença oncológica. Mas para todos se traduz em alterações na sua vida, quer a nível fisiológico, psicológico e social, às quais se vão adaptando à sua maneira e no seu próprio tempo, cada pessoa é um todo, um ser individual diferente do outro, com pensamentos, sentimentos e formas diferentes de ver e de enfrentar a vida e a doença. (UOA 2004 e Costa, 2009 referindo Ripoll, 1999).

Mas Cascais, Martini & Almeida (2007, p.165) “o cuidado com a pessoa com câncer que sofrerá uma ostomia começa desde o momento em que o diagnóstico é revelado, pois o impacto será duplo, a ostomia e o cancro. Como sabemos, esta doença está intimamente relacionada ao sofrimento, a dor, a deterioração, incertezas quanto ao futuro, mitos relacionados a ele, medo da rejeição entre outros. E o mais difícil de tudo: a ideia da própria morte”

No estudo realizado por Santos & Cesaretti (2005) sobre a assistência de enfermagem em estomaterapia, constataram que aproximadamente 90% dos doentes ostomizados se deparam diante de dois estigmas sociais conjuntos: cancro e ostomia, salientando ainda que o impacto desta experiência não afeta somente o doente mas toda a família e amigos mais significativos.

A pessoa que é submetida a uma OEI enfrenta no várias alterações no seu dia-a-dia, ocorrendo estas a vários níveis, o fisiológico, o psicológico (autoestima), o emocional e o social, sendo esta ideia corroborada por vários autores, (Cascais, Martini & Almeida, 2007 e Monge & Avelar, 2009) que referem que no momento em que a pessoa se torna ostomizada, não é somente a perda de uma parte do corpo, mas é também a modificação estética, o deixar de controlar a sua eliminação (perder o controle esfinteriano adquirido na infância), perdendo a autoestima e autoconceito, tal como a socialização determinada pelo afastamento do ostomizado.

Todos estes doentes sofrem alterações nos quatro modos adaptativos (adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel).como é referido por Roy no seu modelo de adaptativo, (Coelho & Mendes, 2011).

Para Roy, cada um dos modos de adaptação está associado à forma como a pessoa responde aos estímulos do ambiente.“O modo de adaptação físico-fisiológico está associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente, sendo o comportamento a manifestação das atividades fisiológicas do organismo. As cinco necessidades básicas de integridade fisiológica são oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção.” (Coelho & Mendes, 2011, p.846).

A realização da OEI altera os padrões de eliminação, ou seja, o doente deixa de ter esfíncter e como consequência deixa de possuir o controlo sobre a sua eliminação intestinal, o que se torna num dos grandes problemas que pode dificultar a adaptação, pois o controle da eliminação é um processo básico da vida e essencial para a adaptação, (Roy & Andrews, 2001).

Os problemas físicos do ostomizado estão habitualmente relacionados com a inadequada localização do estoma, a expulsão de fezes por um orifício não natural e o medo dos maus odores que possam existir, de como aprender a cuidar da OEI, o medo de problemas gastro intestinais (diarreias, obstipação, oclusão entre outras) e das complicações do estoma e/ ou da pele periestomal, (Miranda, 2013; Barbutti, Silva & Abreu, 2008; Alves, 2010 e Zego, 2014). É de referir que os problemas neste modo adaptativo iniciam-se no pós-operatório imediato e podem ir até um pós-operatório tardio.

O aparecimento de complicações precoces ou tardias do estoma associadas ou não aos da pele periestomal dificultam e retardam a adaptação do doente. As complicações, que podem ocorrer num pós-operatório imediato, designam-se por complicações precoces ou imediatas, as que podem ocorrer algum tempo depois, denominam-se complicações tardias, (Matos & Cesaretti, 2005).

No que respeita às complicações precoces ou imediatas, destaca-se a hemorragia, estenose, a isquémia, a necrose, o edema, a retração, a deiscência da sutura mucocutânea do estoma e a sepsis periestomal. Sendo as tardias, as fístulas, os granulomas, os prolapsos, as hérnias, as úlceras, as varizes periestoma, o abscesso periestomal, a foliculite e a infeção por fungos, entre outras (Matos & Cesaretti, 2005).

As cólicas abdominais, desequilíbrio hídrico e eletrolítico, a diarreia e a obstipação bem como as dermatites são complicações que podem acontecer numa fase imediata bem como numa fase tardia. (Miranda, 2013)

Todos estes problemas com o estoma e pele periestomal podem influenciar a saúde física, psicológica e emocional das pessoas ostomizadas, (Morais, Seixá & Pereira, 2012).

Alteração dos hábitos alimentares é outro fator enquadrado no modo fisiológico e que sofre alterações desde o pós-operatório imediato, na maioria dos casos existem determinados cuidados e comportamentos a serem adotados pelos doentes que devem nomeadamente perceber o efeito que certos alimentos causam no seu organismo (por exemplo, alimentos que produzem gases, odores e alterações da motilidade intestinal), (Miranda, 2013)

Ainda dentro do modo adaptativo físico-fisiológico, a alteração do sono e o repouso dos doentes com OEI, algumas pessoas mencionam ter medo que o saco esvazie e a placa descole durante a noite, apresentando o padrão de sono alterado, (Alves, 2010, Santos, 2012).

A atividade e o repouso são necessidades básicas que devem estar equilibradas para que o indivíduo possa ter uma adaptação efetiva. Manter este equilíbrio de forma adequada, seja na atividade como no descanso, é um desafio para a pessoa que experimenta um processo de adaptação, (Roy & Andrews, 2001).

O segundo modo adaptativo de Roy a estar alterado nos doentes com OEI é o do autoconceito que “está relacionado com a necessidade de saber o que se é e como agir em sociedade” (Tomey & Alligod, 2004, p. 310), é o “composto de crenças e sentimentos que o indivíduo possui sobre si próprio num dado momento” (Tomey & Alligod, 2004, p. 310 citando Roy & Andrews, 1999). A realização de uma ostomia é resultado de uma cirurgia mutilante, a pessoa tem de lidar com a perda de uma parte do corpo, como tal uma nova identidade corporal e social surge após o procedimento cirúrgico, uma representação imposta à pessoa e decorrente de uma modificação em seu conceito de corpo e saúde. (Santos, 2012)

A OEI apresenta-se como uma fonte de uma grande ansiedade, sendo que esta não provoca apenas alterações físicas no doente, mas também psicológicas e emocionais. (Nugent, Daniels, Stewart, Patankar, & Johnson, 1999; Brown & Randle, 2005 e Santos, 2012). As alterações psicológicas mais frequentes são aquelas que advêm da transformação da imagem corporal, que está profundamente ligada à autoestima, autoimagem, autoconceito, elementos importantes de sua identidade. Desta forma, o doente ostomizado pode sentir um menor respeito e confiança por si próprio, sendo identificados sentimentos de desgosto e choque quando observam pela primeira vez a sua ostomia, é frequente os doentes com OEI descreverem sentimentos de alienação do seu corpo e se sentirem diferentes após a cirurgia, (Alves, 2010, Barbutti, Silva, & Abreu, 2008, Santos, 2012 e Monge, 2008).

Verificou-se que as pessoas portadoras de uma ostomia apresentam alterações emocionais que dificultam a reconstrução do seu autoconceito como tristeza, insegurança, nervosismo, ansiedade, pessimismo e sensação de dependência e carência, podendo levá-las à depressão e até mesmo à ideia de querer morrer, (Santos 2012, Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A atividade sexual também se apresenta afetada numa pessoa com OEI sendo a sua alteração mais explícita nos indivíduos do sexo masculino, (Santos, 2006, Miranda, 2013, Gutman 2011), a maior parte dos doentes ostomizados não volta à sua atividade sexual ou quando volta fá-lo parcialmente, devido a problemas físicos, vergonha ou medo da não-aceitação pelo parceiro, estando esta alteração relacionada com o conceito de autoimagem e da autoestima, pelo



que o suporte emocional e social realizado pelo parceiro desempenha um papel essencial na adaptação a esta alteração, (Bechara et al., 2005; Cascais, Martini & Almeida, 2007 e Sprunk, & Alteneder, 1999).

O modo adaptativo da interdependência, também sofre alterações, desde o diagnóstico e prolonga-se até ao pós-operatório na maioria dos doentes com OEI.

A principal função do modo adaptativo da interdependência “é as pessoas darem e receberem amor, respeito e valor”, (Tommeey & Alleywood, 2004, p.310 referindo Roy,1999).

O apoio da família é crucial para o desenvolvimento de posturas positivas frente à nova situação, ajudando o processo de recuperação e adaptação para que este se torne mais fácil e rápido e retorno às atividades da vida diária. (Silva & Shimizu, 2006). Pois “quando a estrutura familiar é sólida, a união surge e traz à tona sentimentos mútuos de carinho, cuidado e amor, que podem estar momentaneamente guardados ou esquecidos”. (Santos, 2012, p.77)

É frequente que os doentes com OEI tenham a preocupação de como explicar aos familiares mais próximos, a sua situação atual, pois a opinião e a atitude das pessoas significativas na sua vida podem influenciar consideravelmente a aceitação da ostomia, (Miranda, 2013).

O modo adaptativo da função do papel sofre alterações para o doente. Este descreve “os papéis primário, secundário e terciário que o indivíduo desempenha na sociedade” (Tommeey & Alleywood, 2004, p.310 referindo Roy,1999), ou seja, “saber quem se é em relação aos outros”, (Coelho & Mendes, 2011, p. 847).

Estas pessoas sentem-se por vezes estigmatizados pela sociedade, enfrentando alguns constrangimentos sociais, acabando por limitar os seus contactos sociais, afastando-se muitas vezes do seu grupo de amigos isolando-se, tendo como motivo principal a eventualidade de saída dos gases e/ou extravasamento de fezes mediante a ausência de controlo voluntário ou pela má adesividade do equipamento de ostomia, o que provoca insegurança e o medo da exposição em público, (Miranda, 2013; Santos, 2006; Alves, 2010 e Cascais, Martini, & Almeida, 2007).

A pessoa ostomizada vê o seu estilo de vida e o sentido de normalidade alterado, o que dificulta à vida social e laboral, traduzindo-se grande parte das vezes numa reforma antecipada (Santos, 2006).

O processo de adaptação nos quatro modos adaptativos acima referidos, desenvolve-se ao longo do tempo, em que o doente se vai ajustando à sua nova condição de vida. Embora seja um processo individual é extremamente importante para este processo a ajuda e o apoio por parte de uma equipa especializada, bem como pela família e de uma rede social funcionante, por forma a minimizar todas as alterações que o doente sofre no seu dia-a-dia, (Alves, 2010; Santos, 2012 e Barnabe & Dell'Acqua, 2008).

## **2.2. O processo de adaptação do doente oncológico à sua OEI**

A experiência do doente oncológico com OEI vai-se modificando ao longo do tempo e, dependendo das estratégias adaptativas encontradas, este passa a lidar com as alterações que surgiram na sua vida.

A condição de ser ostomizado implica grandes alterações na vida do doente e família, como referido no capítulo anterior, tornando-se então essencial que o processo adaptativo seja iniciado de forma precoce, ou seja, desde que haja “necessidade da realização do estoma, e deve continuar no pós-operatório imediato, mediato e tardio, levando em consideração as condições biopsicossociais e culturais de cada pessoa” (Ardigo & Amante, 2013, p.1066).

A literatura, Barnabe & Dell'Acqua, 2008, bem como a experiência no cuidar da pessoa com OEI, mostram que após a cirurgia, pensam em como reiniciar a sua vida, ou seja, como ultrapassar os problemas relacionadas com os aspetos mais práticos do seu dia-a-dia, como as preocupações em relação à alimentação, com o realizar o cuidado com o estoma e pele periestomal, de como manter as suas atividades sociais, interpessoais e de lazer.

Embora se conheça que a reação a uma cirurgia intestinal varia de pessoa para pessoa, para uns será um problema, pois encaram-na como uma experiência devastadora, outros consideram-na um desafio, vendo-a como uma segunda oportunidade, (United Ostomy Association, 2014).

É referido por Sonobe, Barichello, & Zago, (2002, p. 342), que: “com o decorrer do tempo, dependendo da evolução da sua doença e as possibilidades de adaptação encontradas, o colostomizado desenvolve estratégias de enfrentamento com as quais passa a lidar com os problemas ou modificações quotidianas ocorridas em função da ostomia. Assim, a pessoa necessita de um tempo pessoal para refletir e adaptar-se à sua condição de ostomizado, que pode levar dias, semanas ou meses”.

Os doentes oncológicos com OEI para conseguirem enfrentar a situação desenvolvem estratégias de adaptação que são denominadas por mecanismo de *coping*, que consistem nos esforços de adaptação dirigidos à ação e/ou intra psíquicos para lidar (resolver, tolerar, reduzir, minimizar) com as exigências e os conflitos externos e internos que ultrapassam os recursos da pessoa. (Cascais, Martini & Almeida, 2007)

O nível de adaptação é “um ponto em constante mudança, feita de estímulos focais, contextuais e residuais, que representam o padrão de variedade de estímulos da própria pessoa aos quais se pode responder com respostas de adaptação comum”, (Tomey & Alligod, 2004, p. 308 citando Roy, 1999).

A reabilitação do doente ostomizado visa melhorar a adaptação à sua nova condição de vida. Para tal o doente deve compreender e interiorizar que a ostomia lhe foi realizada com a finalidade de lhe preservar a saúde, passando por aceitá-la, (Barbutti, Silva & Abreu, 2008)

A condição de ostomizado envolve um processo de alterações que exige vários ajustes quer físicos, como psicológicos e sociais, incluindo os recursos interiores do doente o apoio da família e do enfermeiro.

Vários estudos demonstram a importância do apoio da família à pessoa ostomizada para processo de adaptação, sendo um fator decisivo para a aceitação da ostomia e do ser ostomizado. (Miranda, 2013; Alves, 2010 e Ardigo & Amante, 2013)

A família torna-se o suporte, apoiando o doente ao adotar o cuidado das alterações físicas e emocionais, oferecendo proteção, conforto e afeto (Silva & Shimizu, 2007).

Segundo Santos (2012, p.72) referenciando Silva & Shimizu (2006) “o apoio da família e dos profissionais da saúde é essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas frente à nova situação, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação pós-operatória, adaptação e retorno às atividades da vida diária.”

O processo de adaptação revela-se complexo, sendo constituído por fatores individuais e inerentes ao doente e sendo estes influenciados pelo contexto socio ambiental no qual está inserido. Como tal, para o doente com OEI a adaptação será o grande objetivo a alcançar, proporcionando-lhe bem-estar e independência, para poder voltar às suas atividades diárias. (Santos, 2012)

É importante mencionar a equipa multidisciplinar de saúde e nomeadamente a equipa de enfermagem são fundamentais para o processo adaptativo do doente ostomizado, (Cascais, Martini, & Almeida, 2007; Rust, 2007)

### **2.3. O impacto da intervenção do enfermeiro na adaptação do doente oncológico à sua OEI**

Os cuidados de enfermagem “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização da atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem”, (OE, 2001, p.11).

Surge então a importância das intervenções educativas de enfermagem para o doente e família na obtenção dos conhecimentos e competências imprescindíveis para dar resposta às necessidades, com que se vão deparando ao longo de todo o percurso de doença (Wells, 2003).

O ensino ao doente é definido por Phaneuf (2001, p. 401) nos seguintes contornos: “intervenção profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, á família ou grupo informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vista a

levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde “

No ensino ao doente ostomizado e família, é necessário estabelecerem-se estratégias educativas continuadas de esclarecimento, para intervir nos seus problemas de adaptação, ajudando o doente para que este possa enfrentar o difícil processo de doença. Este ensino consegue-se através de um apropriado planeamento por parte dos profissionais de saúde, devendo incluir o apoio psicológico, (Barbutti, Silva & Abreu, 2008).

As intervenções educativas devem ser continuas, pois vão sofrendo alterações ao longo todo o difícil processo adaptativo, desde o pré operatório até ao pós-operatório tardio, para tal devem ser levantados os problemas de adaptação, realizada a planificação das intervenções adequadas, a implementação destas e a executando uma avaliação constante, como está descrito no MAR, (Santos, 2012).

O enfermeiro ao cuidar do doente oncológico com OEI e sua família deve reduzir as respostas inefetivas e promover as respostas adaptativas, deve investigar sobre limitações, facilidades e modos de adaptação que promovam a melhor resposta oferecendo ações que influenciem a adaptação do indivíduo a sua nova realidade. Não esquecendo que nem sempre haverá uma otimização de saúde para todas as pessoas ostomizadas. (Roy & Andrews, 2001).

Desta forma, após identificar os estímulos e respostas adaptativas que vão surgindo ao longo do processo adaptativo, o enfermeiro deve realizar intervenções que visem de forma eficaz e concreta uma melhoria significativa adaptação.

Requerer então ao enfermeiro um conhecimento aprofundado do doente e da sua família, para poder desenvolver um ensino completo no sentido de ir de encontro a todas as alterações nos modos adaptativos do doente para promover adaptação à sua OEI, não se podendo esquecer de envolver a família de forma ativa no ensino desde a fase pré-operatória e em todo o processo de ensino para o sucesso do processo de adaptação do doente à OEI, (Paula, Takahashi & Paula, 2009 e Menezes & Quintana, 2008).

Sendo que um dos aspetos que mais influencia a adaptação do doente à sua ostomia se prende com a necessidade de lhe ser realizado um ensino

estruturado e individualizado, (Piwonka & Merino, 1999 e Zego, 2014) compete ao enfermeiro que acompanha o doente no pré e pós-operatório e no após a alta, facilitar a adaptação da pessoa à sua nova condição de vida, com base numa relação de ajuda, apoio emocional, a utilizando estratégias de comunicação (Zego, 2014) e por intervenções educativas abrangentes com enfoque nos aspetos técnicos, sociais, profissionais e íntimos do doente, (Alves, 2010 referindo Martins, 2004; Silva & Rodrigues, 2005 e RNAO, 2009).

Sendo a comunicação uma estratégia para o cuidar do doente com OEI, é definida por Stumm, Leite & Maschio (2008, p. 78) como sendo parte integrante do cuidado de enfermagem, um instrumento importante na prática de enfermagem, que favorece:

“a interação com os utentes, ajudando-os a suprir suas necessidades, dúvidas e anseios. Ela contribui para um relacionamento efetivo, no qual o enfermeiro proporciona ao utente apoio, conforto, informação e sentimentos de confiança e de autoestima. A comunicação entre equipa e utente está presente em todos os momentos do cuidado, incluindo a comunicação verbal e não-verbal”

Na comunicação não-verbal, encontra-se o saber ouvir. Para que haja uma qualidade no cuidar é importante ajudar o doente a expressar os seus sentimentos, para melhor compreendê-lo e ajudá-lo, (Zego, 2014 referindo Mohallem & Rodrigues, 2007).

Outra estratégia que não pode deixar de fazer parte da intervenção educativa do enfermeiro é o apoio emocional, sendo imprescindível para a pessoa ostomizada, pois permite que esta expresse os seus sentimentos e dúvidas, para tal deve ser criada uma relação empática e de confiança, mostrando ao doente e família o respeito pela sua individualidade. (Miranda, 2013, RNAO, 2009)

E por último o desenvolvimento de uma relação terapêutica, sendo recomendada pela RNAO (2009, p. 23) e definida como o “processo interpessoal que tem lugar entre a enfermeira, o paciente e a sua família. A relação terapêutica é uma relação intencionada com o objetivo de promover os melhores interesses e resultados para o paciente.”

Para a obtenção de resultados positivos a médio e longo prazo, é imprescindível a realização de cuidados de enfermagem especializados e centrados no doente, desde o pré-operatório, no pós-operatório e durante o acompanhamento em ambulatório, pois cada doente numa fase da vida diferente, tendo necessidades específicas alteradas, (Butler, 2009).

Na fase pré operatória é muito importante a anamnese e o exame físico, levantando os problemas de adaptação, estabelecendo objetivos e definindo intervenções e iniciando o processo educativo, enquadrado numa relação de ajuda ajudando a redução do medo do doente criando um vínculo entre o enfermeiro e este que se torna essencial nas fases posteriores, (Zego, 2014), o enfermeiro deve demonstrar a sua disponibilidade, procurando garantir a comodidade e privacidade do doente fazendo-o sentir-se respeitado na sua individualidade. (Miranda, 2013),

É nesta fase que o doente começa a expressar os seus medos e lhe é fornecida a informação sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamentos a que vai ser submetido, dando espaço ao doente e família para colocar as suas dúvidas e receios, é neste momento, que se deve proceder à marcação do local de construção do estoma, pois segundo Youngberg (2010) um estoma bem construído e sujeito a uma marcação prévia facilita o autocuidado, melhora a independência e autonomia, diminui o risco de complicações.

Já na fase de pós-operatório podemos afirmar que o maior objetivo da equipa de enfermagem é ensinar os cuidados ao estoma e pele perístoma, os cuidados com o sistema coletor (remoção, troca e drenagem), o ensino sobre a alimentação, as complicações com o estoma e a pele periestomal, os direitos e a acessibilidade que existem para o doente oncológico portador de uma OEI, (Matheus, Leite & Dázio, 2004). No pós-operatório mais mediato o enfermeiro deve estar preparado para não só ensinar o autocuidado mas também lidar com as reações do ostomizado, que poderão ser de desinteresse em auto cuidar-se, (Cesaretti et al, 2000).

Como as necessidades de adaptação não se circunscrevem ao período de internamento, aconselha-se o encaminhamento da pessoa com OEI para outros serviços extra-hospitalares, como a consulta de estomaterapia (caso exista no hospital), o Centro de Saúde, a Associação Portuguesa de Ostomizados.

A intervenção do enfermeiro não se pode focar a sua atuação a nível do ensino efetuado com uma atitude meramente técnica, necessitando também de toda uma competência relacional, que lhe permita lidar com o doente e a família porque, mais do que transmitir conhecimentos teóricos, a pessoa tem necessidade de adquirir “saber - saber” para desenvolver um “saber – fazer”, (Zego, 2014).



### 3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A amplitude e diferenciação das competências depende da capacidade de resposta de cada pessoa aos contextos vivenciais. Tais competências derivam de um processo adaptativo na aplicação do conhecimento técnico e teórico aos diversos contextos da prática clínica, uma vez que a “a competência aparece ligada a comportamentos que condicionam a ação, dizendo da sua eficácia e/ou eficiência”, (Mendonça, 2009, p. 45), deve nos cuidados que presta possuir competências de ordem técnico-científicas e competências de relação, de ajuda e de empatia, (Collière, 2000)

Os ensinamentos clínicos visaram desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista<sup>3</sup>, em conjunto com as competências clínicas especializadas na área da Especialidade em Enfermagem em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa<sup>4</sup> tal como as recomendadas pela EONS (2013).

Sendo assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área específica de intervenção em Enfermagem Oncológica, deve promover estratégias destinadas a preservar e desenvolver toda a prática de cuidados no doente oncológico e sua família.

Para tal Benner (2001) procura descrever o conhecimento existente na prática de enfermagem clínica, diferenciando o conhecimento prático e teórico e procurando descrever o conhecimento que decorre ao longo do tempo numa disciplina prática, concluindo que o desenvolvimento do conhecimento numa área da prática consiste no alargamento dos conhecimentos práticos através de investigações científicas que tem por base teoria mas também procura conhecimentos práticos existentes desenvolvidos por meio da experiência clínica.

Benner (2001) aplica à enfermagem o modelo de aquisição de competências definido por Dreyfus (1981) no qual se considera que a aquisição

---

<sup>3</sup> “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”, (OE, 2010, p.2).

<sup>4</sup> “a) cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e b) estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”, (OE, 2011, p.2)

e o desenvolvimento de perícia de um indivíduo passa por de cinco níveis de proficiência: nível 1 – principiante; nível 2 – principiante avançado; nível 3 – competente; nível 4 – proficiente; nível 5 – perito. A aquisição do nível de perito pressupõe a “transição” pelos 4 níveis anteriores.

Para a escolha dos campos de estágio tive em conta as oportunidades de aprendizagem que estes ofereciam por serem locais de trabalho diferentes daqueles onde prestamos cuidados no nosso dia-a-dia, facilita e ajuda a desenvolver a aquisição de novas competências técnico-científicas e relacionais, de acordo com o Modelo de Desenvolvimento Profissional, da Ordem dos Enfermeiros promovendo a obtenção de novos conhecimentos e novas formas de cuidar.

Para cada ensino clínico foram definidos objetivos, tanto gerais como específicos e realizadas as atividades que se desenvolveram e a avaliação dos resultados.

Os ensinos clínicos realizados decorreram no terceiro semestre do curso, desde dia 30 de Setembro até 8 de Novembro no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico de Lisboa (HOL), o segundo estágio decorreu desde o dia 11 de Novembro até dia 18 de Dezembro de 2013 na Consulta de Proctologia/ Estomaterapia de um HOL, e no final a implementação do Projeto realizou-se no serviço onde exerceu funções, um Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa (HL) de dia 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014.

Foram definidos como objetivos gerais para cada um dos três campos de estágio:

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico internado para após a realização de uma OEI e sua família, contribuindo para a sua adaptação com intervenções educativas individualizadas;
- Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com OEI e sua família no ambulatório, ao longo de toda a trajetória da sua doença e adequando a intervenção educativa aos problemas e fases da vida em que este se encontra.
- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico com OEI e sua família organizando as intervenções de

enfermagem num plano educativo individualizado que promova a adaptação da pessoa.

### **3.1 Estágio desenvolvido num serviço de internamento de cirurgia geral de um hospital oncológico de Lisboa**

A razão para a seleção deste primeiro campo de estágio prendeu-se em primeiro lugar, por o hospital ser um centro de referência especializado no tratamento dos doentes oncológicos e em segundo lugar o serviço por o serviço de cirurgia geral ser um serviço que acolhe e cuida de um vasto leque de doentes oncológicos, em particular doentes com CCR.

Para concretização dos objetivos gerais foram definidos objetivos específicos.

#### **1º. Integração no serviço e na equipa multidisciplinar**

No primeiro dia, a enfª chefe realizou o meu acolhimento ao serviço. Inicialmente mostrou-me as instalações físicas e os equipamentos tendo realizado uma breve descrição da dinâmica do serviço. Apresentou-me à enfª que iria ser a minha orientadora de estágio e apresentou-me à equipa de enfermagem, à equipa de assistentes operacionais e equipa médica.

Realizei após uma reunião com a minha orientadora para apresentar qual era o meu projeto e quais eram os meus objetivos, e as atividades que pretendia desenvolver e conjuntamente foi estabelecido o horário e delineadas as estratégias para poder alcançar os objetivos. A minha orientadora era uma enfermeira que se encontrava a terminar a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica vertente oncológica e cujo projeto tem como área o cuidar do doente oncológico com OEI e sua família ao longo do internamento. A enfª chefe considerava-a perita na prestação de cuidados de enfermagem a doentes oncológicos com OEI, e ao longo do estágio fui-me apercebendo de que tinha uma enorme experiência, compreendia de maneira intuitiva cada situação e apreendia diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis, traços que Benner (2001) atribui aos peritos

Este primeiro dia serviu também para conhecer a funcionalidade do serviço, onde se situam os materiais, principalmente os materiais para o cuidar do doente ostomizado.

O serviço é constituído por 52 camas, apresentando duas alas identificadas como A e B, e um S.O. com capacidade total para 10 camas onde também funciona como uma Unidade da Dor Aguda, na qual não estagiei, pois os doentes só permanecem na unidade nas primeiras 24 horas ou quando estão instáveis, fases que não são pertinentes nem as preconizáveis pela literatura para realização de ensinamentos sobre os cuidados à ostomia. Nesta fase o ensino deve ser iniciado a partir do 3º dia pós-operatório e de uma forma gradual, (Santos, 2000).

A equipa de enfermagem é coordenada por uma enfª chefe, dois enfermeiros como segundos elementos cada um responsável por uma ala da enfermaria e a restante equipa composta por um total de 60 enfermeiros. As equipas médicas estão divididas em sub especialidades clínicas (digestivo alto, digestivo baixo, pulmão e mediastino, tumores sólidos e senologia).

No segundo dia, expliquei juntou com a enfermeira orientadora qual era o tema do meu projeto e quais os meus objetivos de estágio à equipa de enfermagem.

Devido à especificidade em oncologia do hospital e em cirurgia geral oncológica deste internamento, o início deste período de estágio foi marcado por uma grande expectativa para aquisição de novos conhecimentos, esse sentimento foi influenciado, principalmente, pelo facto de se tratar de um hospital especialista em oncologia, com grande afluência de doentes de todo o país, embora a sua área de influência se estenda de Leiria ao Algarve incluindo os arquipélagos da Madeira e Açores, com toda a uma disparidade e complexidade de situações de saúde.

Apesar de não ser a primeira vez que contacto com doentes oncológicos, pois no serviço onde exerço funções cerca de 90% dos doentes internados são do foro oncológico, foi a primeira vez enquanto profissional que realizei um estágio num hospital vocacionado a 100% para pessoas com doença oncológica.

Uma das preocupações iniciais prendeu-se com conhecer a organização do serviço, assim como a integração na equipa. No entanto, essas preocupações

dissiparam-se à medida que o estágio progrediu no tempo, em paralelo com a minha progressiva tomada de conhecimento das normas e protocolos do serviço, integração na equipa multidisciplinar, pesquisa bibliográfica e observação atenta da praxis, de modo a ampliar os meus conhecimentos teóricos e práticos.

Também tive a oportunidade de conhecer os dispositivos utilizados no internamento, que são apenas de uma marca (a eleita pela instituição) de duas peças (placa mais saco), apresentados em 3 tamanhos diferentes, o saco transparente (drenável ou não drenável). Pois dependendo do tipo de estoma o saco mais apropriado para o doente após a cirurgia é inicialmente uma bolsa transparente e drenável tanto para as ileostomias como para as colostomias, que para estas últimas será trocado o saco de drenável para não drenável após o conteúdo fecal ficar mais consistente, (Rust, 2007).

## 2.- Participar nos planos de ensinos especializados e globais realizados ao doente oncológico e sua família após a realização da OEI

Para poder atingir este objetivo, num período inicial acompanhei da enfermeira perita na área em, adquirindo conhecimentos e aptidões das técnicas nos ensinos ao doente ostomizado e sua família, articulando a pesquisa bibliográfica (nas bases de dados EBSCO – CINAHL, MEDLINE; Nursing Reference Center), com a prestação de cuidados que observava, esta observação que se estendeu por uma semana, no primeiro dia dessa semana realizei uma observação não participante, nos dias restantes a observação realizada foi uma observação participante, mostrando sempre disponibilidade para tal, de modo apreender a especificidade de cada situação vivenciado para realização do ensino de uma forma individualizada.

O percurso no serviço do doente oncológico com CCR realizava-se da seguinte forma: o doente (acompanhados na sua maioria por um familiar) dava entrada no serviço no dia anterior à cirurgia ou no próprio dia, dependendo da necessidade de realização de preparação intestinal, após era efetuada era feito o acolhimento do doente que incluía a avaliação inicial, onde era realizada a história clínica de enfermagem do doente, através de uma entrevista orientada com base numa folha de colheita de dados instituída no hospital, posteriormente era realizada a visita ao serviço e à própria unidade do doente (apresentadas

instalações físicas e os profissionais), de seguida era explicado a necessidade da preparação intestinal e comunicado o tempo operatório do dia da cirurgia

A enfermeira verificava se o doente tinha conhecimento do diagnóstico e do tipo de cirurgia, e se tinha tido uma consulta prévia de estomaterapia e era dado espaço ao doente e à família de colocar todas as dúvidas, medos e receios sobre a cirurgia e sobre a realização da OEI. Essa atuação vai de encontro ao que está preconizado pela DGS (2014), em que o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, sendo que esta informação deve ser prestada de forma clara, tendo em conta a o doente.

Uma das lacunas verificada no cuidado ao doente com OEI, foi que de todos os doentes que acompanhei desde o dia da admissão no serviço, a nenhum foi realizado marcação do estoma. Quando questionada a enf<sup>a</sup> orientadora sobre o motivo, esta referiu, que não existia ninguém no serviço com formação para realizar a marcação do estoma, e que o que estava preconizado seria que o estoma deveria ser marcado pela enfermeira estomaterapeuta na consulta de estomaterapia, e que sempre é possível enviar os doentes, pois eles dão entrada no dia prévio (têm que realizar a preparação intestinal) ou entram no próprio dia da cirurgia.

A seleção e marcação do local, ideal para a constituição do estoma, são dos fatores mais que mais contribuem para a adaptação e aceitação da ostomia, pois um estoma bem construído melhora a capacidade do doente para a realizar o seu autocuidado pois uma boa localização permitirá uma boa aderência do dispositivo coletor, reduzindo o risco de complicações, aumenta a independência e autonomia e facilita o retomar da vida normal. (Simmons, Smith, Bobb, & Liles, 2007, Youngberg, 2010 e Santos 2006)

Isto levanta questões de ordem ética, pois o doente ao que lhe vai ser realizado uma OEI, tem direito de ter um estoma bem construído colocado em local apropriado e adequado para o conforto do doente, (EOA, 2014), para tal o enfermeiro especialista deve desenvolver estratégias que vão de encontro à resolução do problema, OE (2010) o enfermeiro especialista deve promover uma prática de profissional, ética e legal.

Compreendi que os internamentos cada vez são mais céleres. Em média neste serviço o doente ostomizado está internado cinco dias, sendo cada vez

mais importante ir de encontro às reais necessidades do doente em cada momento. Isto apenas é possível, quando se realizam os cuidados de enfermagem de um plano bem estruturado de intervenções educativas individualizadas.

Com este primeiro objetivo conseguiu-se o desenvolvimento de saberes na área dos ensinamentos ao doente ostomizado e família, adquirindo novos conhecimentos e aptidões técnicas. Tal como se encontra preconizado pela OE (2010, p.10) nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, “tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.”, e desenvolvi de competências na prestação de cuidados. Compreendi que os cuidados devem ser realizados de uma forma holística assegurando os direitos que refere que a prestação de cuidados deve ser realizada de forma holística, tolerante, sem julgamento, assegurando que os direitos não sejam comprometidos, tal como está preconizado pela EONS.

### 3.- Identificar os problemas de adaptação<sup>5</sup> do doente oncológico com OEI e sua família mais encontrados no pós-operatório.

Por forma a atingir o objetivo a partir da segunda semana de estágio dei início à prestação de cuidados, no começo participando nela com a enfermeira orientadora sendo que progressivamente fui adquirindo maior autonomia. Nos cuidados que prestei ao doente com OEI, tive a oportunidade de aplicar o processo de enfermagem a 5 doentes. Verifiquei na fase do levantamento dos problemas de adaptação que os 5 apresentavam problemas no MA físico-fisiológico e só 1 deles também apresentava alteração no MA de desempenho de papel alterado.

Embora o número de doentes seja reduzido, podemos concluir que o MA que se encontra com problemas de adaptação seja o físico-fisiológico. Os problemas físicos superaram os psicológicos numa fase inicial pós-operatória, (Matheus, Leite & Dázio, 2004).

Como o modo adaptativo físico-fisiológico é o que se encontra mais alterado durante o período pós-operatório decidi elaborar um documento

---

<sup>5</sup> Segundo Alligood & Tomey, referindo Roy, C. (2004, p.304) “... problemas de adaptação são vistos não como diagnósticos de enfermagem, mas como áreas de preocupação da enfermeira com a pessoa ou grupo em adaptação.”

(Apêndice II), por forma a facilitar a intervenção educativa neste modo adaptativo. Este é composto por uma avaliação inicial, uma checklist onde consta as intervenções educativas de enfermagem que devem ser realizadas a todos os doentes com OEI no internamento e uma avaliação final. Esta checklist foi elaborada em linguagem CIPE®, sendo a utilizada na minha prática clínica diária.

No período final de estágio tive a oportunidade de acompanhar um de um doente oncológico que iria ter uma OEI desde o período pré-operatório, pós-operatório e tive a oportunidade de o acompanhar na sua primeira consulta de estomaterapia após a alta. Realizei então um “Estudo de Situação” (Apêndice III).

O facto de realizar este Estudo de Situação, ajudou-me no desenvolvimento de competências (comunicacionais) e a estabelecer uma relação terapêutica como o doente com OEI e sua família, tendo prestado cuidados com o objetivo de facilitar o seu processo de adaptação respeitando a sua autonomia e individualidade, aplicando o processo de enfermagem de Roy. Pude verificar, a importância que a família e todos os apoios tanto no internamento como após a alta têm no processo de adaptação.

Ajudou-me também a refletir na minha prática, refletindo sobre as experiências, verificando o que existem práticas passíveis de ser mudadas, promovendo assim a construção novas competências, para o melhor cuidar.

Com estas atividades pude desenvolver competências no cuidar de pessoas com doença crónica e dos seus cuidadores e familiares, o enfermeiro “concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades (...)”(OE, 2011, p. 3)

#### 4.- Identificar as intervenções educativas de enfermagem que pertençam a um guia orientador de ensino ao doente com OEI.

No sentido de dar resposta ao quarto e último objetivo específico, foram consultados protocolos e normas para os cuidados de enfermagem instituídos no serviço, os processos dos doentes internados com OEI e realizados debates de esclarecimento com a orientadora de estágio, tendo sido referido por esta que no serviço não existia nenhum guia de intervenções de enfermagem para o ensino ao doente com OEI implementado, estando naquele momento a aguardar



aprovação da instituição o que teria sido realizado pela enfermeira orientadora no projeto de intervenção realizado no curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica área de intervenção enfermagem oncológica. Todo o ensino realizado pela equipa de enfermagem era registado nas notas diárias de enfermagem.

Compreendi a importância que um protocolo e/ou um guia orientador para o ensino do doente com OEI, pois o este deverá ser realizado de forma faseada, com um fio condutor, e sabendo em que ponto da adaptação se encontra cada doente e sua família. (Miranda, 2013 e Alves, 2010).

É de referir que os registos sobre o ensino ao doente, feito nas notas diárias, não obedece a critérios e normas, não é estruturado, o que não favorece a continuidade de cuidados. Pois os objetivos dos registos são a comunicação entre equipa, planeamento de cuidados e a documentação de toda a atividade realizada, disponibilidades de informação para realização de auditorias. (Figueiroa – Rêgo, 2003, Pinto, 2009), devendo ser claros e completos. Sendo que Benner (2001) refere que a falta de registo ou de registo adequado das práticas e observações clínicas priva a teoria de enfermagem do conhecimento contido na prática clínica perita.

Foi sugerido à enf<sup>a</sup> orientadora e à enf<sup>a</sup> chefe a importância de existir uma olha própria de registo para o ensino do doente ostomizado, ao que elas me informaram que estavam a ser implementados os registos de enfermagem em formato digital, e que depois teria que ser estudada a melhor forma de serem registados os ensinamentos.

A pesquisa bibliográfica realizada e a experiência obtida no estágio facultou-me um pensar reflexivo sobre a minha prática diária, concluindo que muitos dos registos que realizava não estavam totalmente de acordo da OE e da RNAO, promovendo assim a formação de um conjunto de novas competências.

### **3.2. Estágio desenvolvido numa consulta externa de Proctologia/Estomaterapia de um hospital oncológico de Lisboa**

O estágio na consulta externa de Proctologia/Estomaterapia desenrolou-se entre 11 de Novembro até dia 18 de Dezembro num total de 153 horas.

A razão para a escolha deste local de estágio foi a possibilidade da interação com os doentes e famílias, em ambulatório, acompanhando-as no pré operatório e após alta, e que me permitisse desenvolver a aquisição de competências técnicas e relacionais, fora do meu espaço de trabalho (internamento). O que constituiu sem dúvida um desafio pessoal e profissional.

Para concretização dos objetivos gerais foram definidos objetivos específicos.

#### 1º. Integração no serviço e na equipa multidisciplinar

Esta consulta funciona como um local especializado no cuidar do doente oncológico com OEI, com objetivos de facilitar a adaptação ao processo de doença, capacitar o doente e família para o auto cuidado, envolver a família, desenvolver estratégias de resolução de problemas, promover a partilha de experiências entre doente/família e outros doentes na mesma situação, dar seguimento para os apoios existentes na comunidade, o ensino e acompanhamento do doente com OEI e família para uma recuperação e reabilitação o mais rapidamente possível, respeitando globalidade física, psíquica, emocional e social, desde o pré operatório.

A equipa multidisciplinar é composta de um enfermeiro chefe (chefe das consultas externas com a exceção da consulta da mama), duas enfermeiras, uma que realiza a consulta de enfermagem de Proctologia e Estomaterapia a doentes com OEI e outra enfermeira que realiza a consulta de enfermagem de Urologia e a consulta de enfermagem de estomaterapia a doentes com ostomias de eliminação urinária, dois médicos de Cirurgia Geral (Digestivo Baixo) e a equipa médica de Urologia.

As consultas de proctologia são realizadas às segundas, quartas e sextas-feiras das 9h00 às 14h00 e as consultas de estomaterapia são realizadas nos mesmos dias das 14h00 às 17h00. As consultas de enfermagem de estomaterapia são realizadas ao longo do dia., para evitar mais deslocações à instituição.

Este é um aspeto positivo e que ajuda o doente na sua adaptação facilitando a acessibilidade dos cuidados, indo de encontro às suas necessidades, possa voltar à normalidade do seu dia-a-dia mais cedo.

No primeiro dia o enfermeiro chefe apresentou-me a toda a equipa incluindo a minha orientadora, esta é considerada pela instituição com a enfermeira especialista perita na área, com uma vasta experiência no cuidar de doentes e família com OEI e no desenvolvimento e implementação de projetos de intervenção, como foi a criação da própria consulta de estomaterapia.

Tive uma reunião com a enfermeira orientadora, momento em que dei a conhecer o meu projeto e quais eram os meus objetivos de estágio e as atividades que me propunha desenvolver, onde foram definidas as em conjunto as estratégias para os alcançar.

Realizei após uma visita às instalações das consultas externas e os materiais existentes que serviam de apoio à consulta de proctologia/estomaterapia. Ao longo da primeira semana, procedi à consulta de normas e protocolos existentes na consulta, bem como a pesquisa e consulta de bibliografia sobre o ensino ao doente com OEI em ambulatório e sobre os dispositivos e acessórios existentes e a importância da consulta de estomaterapia e da enfermeira especialista na recuperação destes doentes procurados na base de dados da EBSCO – CINAHL, MEDLINE; Nursing Reference Center.

A consulta de Proctologia/Estomaterapia não apresenta umas boas condições físicas, sendo realizado num gabinete muito pequeno, onde apenas existe uma cama (que não é elétrica), um pequeno armário com material de apoio um lavatório e uma secretária, o acesso de pessoas com algum tipo de dificuldade motora é muito difícil. Apesar das condições físicas ficarem aquém do desejado, a privacidade do doente e família são mantidas.

## 2.- Prestar cuidados de enfermagem ao doente com OEI e sua família em ambulatório aplicando a intervenção educativa

Os cuidados de enfermagem em estomaterapia visam o "acompanhamento integral da pessoa ostomizada, não a esquecendo como ser holístico, integrada numa família e numa comunidade", (Tavares, 1999, p.49). Cabe o enfermeiro perito em estomaterapia compreender o ostomizado na sua globalidade física, psíquica, emocional e social, com vista à sua recuperação e adaptação o mais precocemente possível, para obtenção de uma melhor qualidade de vida, (Alves, 2010), sendo que a consulta de estomaterapia é a

única onde é possível observar as principais necessidades do ostomizado no que concerne ao apoio, à aprendizagem, segurança, conforto, (Van Zeller, 2008).

Ao longo da segunda semana, e em concordância com a enfermeira orientadora, acompanhei a enfermeira perita nas consultas, adquirindo conhecimentos e aptidões técnicas nos ensinamentos ao doente ostomizado e sua família, num ambiente de ambulatório.

Compreendi, que o doente chega à consulta de estomaterapia de 3 formas, ou ser a consulta pré operatória (o encaminhamento é feito pelo médico proctologista), ou a 1ª consulta após a alta do internamento, realizada na semana a seguir à consulta, no dia da consulta de proctologia (realizada a marcação da consulta no dia da alta do internamento) ou numa consulta de estomaterapia de follow-up.

O plano de consulta de estomaterapia preconizado para estes doentes é, 1ª consulta é pré-operatória, depois a 2ª consulta fim de 1 semana pós alta do internamento, a 3ª consulta no final do 1º mês, a 4ª consulta ao fim de 3 meses, a 5ª consulta ao final de 6 meses e após um ano.

Em muitos casos, os doentes numa fase inicial têm consultas com um intervalo menor de tempo, isto acontece sempre que o serviço de internamento dê informação de algum doente com complicações precoces ou problemas de adaptação ou por serem identificado logo à partida na primeira consulta pré-operatória a necessidade de uma maior vigilância e apoio ao doente e família.

Esta segunda semana de estágio foi uma semana de grande aprendizagem no cuidar do doente com OEI e sua família em ambulatório, desenvolvi estratégias comunicacionais, de suporte emocional e da relação terapêutica, tive a oportunidade de conhecer um leque variadíssimo de dispositivo e acessórios de ostomia e a sua utilização, como identificar complicações precoces e tardias e o que fazer para cuidá-las.

A partir da terceira semana por indicação da enfermeira orientadora iniciei então a prestação de cuidados de enfermagem ao doente com OEI e sua família, aplicando intervenções educativas em cada consulta sob supervisão da enfermeira orientadora.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar 58 consultas, intervindo junto de 15 doentes diferentes, em que 80 % doentes tinham colostomias apenas 20% com ileostomias (Apêndice IV) acompanhando-os desde a primeira consulta.

Previamente a cada consulta tinha uma discussão com a enfermeira orientadora sobre o doente, consultava o processo e as notas da consulta de estomaterapia, apresentava-me e realizava a avaliação inicial com base no guia orientador da consulta, identificava quais os problemas de adaptação nos modos adaptativos que o doente apresentava, prestava cuidados de enfermagem ao doente e família através de intervenções educativas individualizadas e abrangentes, através de ações educativas especializadas ao ostomizado e sua família de uma forma simples, esclarecendo o doente sobre as dúvidas existentes, realizando os ensinamentos necessários sobre a ostomia, as questões técnicas relativas ao dispositivo de eliminação, sobre alimentação, o vestuário, as complicações, a sexualidade e sobre os direitos sociais (legislação), no final realizava uma avaliação do ensino e registava nas notas de enfermagem do processo do doente. Na maioria dos doentes foi alterado o do dispositivo coletor de fezes de duas peças para peça única para melhorar a sua adaptabilidade (maior conforto, volume reduzido, mais fácil de manusear).

Nestas consultas de ambulatório, também tive a oportunidade de avaliar a forma como a pessoa e a família estão a lidar com a situação (através de estratégias de comunicação, suporte emocional e estabelecendo uma relação terapêutica), como está a ser a vida familiar, social e laboral caso tenha sido retomada e de acordo com os problemas de adaptação identificados, são definidas intervenções para solução das mesmas, entre as quais a articulação com os cuidados de saúde primários ou equipa multidisciplinar existentes na instituição

Apenas tive a oportunidade de assistir a duas consultas de pré-operatório, uma em que observei a enfermeira estomaterapeuta e a outra que realizei com supervisão. Esta consulta é um momento em que se estabelece o primeiro contacto com o enfermeiro que posteriormente realizará o seu seguimento no pós-operatório, onde é feita uma colheita de dados inicial, transmitida informação sobre o tipo de cirurgia e o motivo de ficar com uma OEI, é-lhe apresentada a

maqueta de um estoma, sendo-lhe apresentado algum material de ostomia e é fornecido o Guia do Ostomizado (o elaborado por uma marca de dispositivos), tudo isto através de uma exposição simples e de fácil compreensão. É falado também sobre os cuidados pré-operatórios a serem realizados. Nas duas consultas que presenciei, não foi realizada a marcação do estoma a nenhum dos doentes, porque a cirurgia só iria acontecer após uma semana.

Foi sugerido à enfermeira orientadora que era importante uma reunião com a equipa de enfermagem do internamento, para poder ser encontrada a melhor forma para que esta lacuna nos cuidados ao doente fosse corrigida, a sugestão foi aceite pela enfermeira orientadora que referiu iria marcar a reunião o mais rápido quanto fosse possível.

Na realização das consultas de enfermagem pude compreender que o doente em ambulatório apresenta problemas nos vários modos adaptativos, pois o doente já se encontra numa fase diferente do seu processo adaptativo, pelo que o plano de intervenções educativas que foi construído para o internamento, tem que ser mais abrangente.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de conhecer as redes de apoio existentes na instituição e na sua área de influência da instituição

Nesta instituição a existe uma equipa multidisciplinar essencial para o apoio na resolução dos problemas de adaptação do doente oncológico ostomizado e família (assistente social, psicólogo, nutricionista), todos os doentes logo desde o internamento têm a visita da assistente social e da dietista, quando o doente se encontra a ser seguido em consulta de estomaterapia, este encaminhamento é feito pela enfermeira sempre que esta encontre necessário.

Também existe nesta unidade hospitalar é um Grupo Multidisciplinar de Oncosexologia, da qual fazem parte as duas enfermeiras estomaterapeutas, uma psicóloga clínica, um cirurgião, um urologista e um ginecologista...) que tem como objetivo primordial melhorar a qualidade global dos cuidados prestados aos doentes oncológicos, e neste sentido, melhorar a sua qualidade de vida quer na fase aguda, quer na sobrevivência prolongada.

Após pesquisa realizada, pude verificar os recursos existentes na comunidade (hospitalares e não hospitalares) que servem de apoio ao doente

ostomizado na região de influência desta instituição, para os quais, podem ser encaminhados os doentes com OEI.

Através destas atividades consegui desenvolver competências de comunicação, no estabelecimento de uma relação interpessoal, com os doentes e suas famílias, baseada na segurança e confiança, e no conhecimento de apoios existentes na comunidade e/ou na instituição a forma interligação. Tal como é descrito pela OE (2011, p. 4) “ utiliza ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e com cuidadores e familiares de forma a permitir uma comunicação honesta, assim como o ajuste de expectativas” e OE (2011, p.3) “ Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio”

### 3. Inventariar os problemas de adaptação do doente oncológico com OEI e sua família mais referidos em ambulatório.

Para dar cumprimento deste objetivo concorreram duas atividades que se complementam. Em cada consulta realizada ao doente foram observados os problemas de adaptação e feito o levantamento dos mesmos.

Para ser de melhor e mais rápida visualização organizei os problemas de adaptação observados ao longo do estágio num quadro e num gráfico (Apêndice V). Os principais problemas de adaptação verificados são o que se prendem com as complicações com o estoma e a pele periestomal (73%) em segundo lugar surgem a alimentação (60%). É de referir que dos 15 doentes 1 doente apresentava alterações em todos os problemas de adaptação, 2 dos doentes com três problemas de adaptação, 6 dos doentes com dois problemas de adaptação, 6 doentes com um problema de adaptação.

Durante o estágio verifiquei que nos doentes consultados as causas das lesões do estoma e/ou pele periestomal variava de doente para doente sendo que a mais frequente era uso inadequado dos dispositivos principalmente o mau corte da placa e como consequência a exposição da pele às fezes, pelo que sempre que era verificada essa situação o doente era alertado para a sua causa e o modo correto de a resolver, pelo que eram realizados ensinamentos e entregue novamente o molde para corte da placa. Vários autores defendem que estas lesões cutâneas podem ser causadas por uma reação alérgica ao adesivo ou produto de proteção da pele, exposição da pele periestomal às fezes ou remoção

repetida ou pouco delicada dos adesivos da placa de ostomia, e/ou infecção da pele e a uma localização incorreta do estoma. (Burch 2011, Shabbir & Britton, 2010)

Em relação aos problemas de adaptação relacionados com a alimentação, os doentes numa fase mais inicial mantinham a mesma dieta que lhes era instituída em internamento muitas vezes por medo de retomar a dieta prévia à cirurgia, outras vezes pela anorexia apresentada após a esta e/ou os tratamentos de quimioterapia.

O que acontecia em doentes colostomizados, por realizar dietas obstipantes apresentavam-se obstipados, era então realizado o ensino para o retomar da dieta habitual de uma forma faseada, (Pasia, 2011).

Em doentes ileostomizados, um dos problemas de adaptação com a alimentação é a ingestão hídrica insuficiente, o que pode resultar num desequilíbrio hidro eletrolítico e desidratação. Por isso, nas consultas era sempre avaliado o consumo hídrico, e realizado o ensino ao doente e a família sobre a importância da ingestão de água e do sódio a como reconhecer os sinais de desidratação, (Pasia, 2011).

Tornou-se para mim pertinente inventariar as complicações do estoma e pele periestomal visto este ser o problema de adaptação mais frequente nos doentes que segui na consulta. Segundo Burch (2010) quase 73% das pessoas ostomizadas apresentam complicações com o estoma ou pele periestomal.

Dentro das complicações do estoma e pele periestomal, podem classificar-se em dois grandes grupos: imediatas ou precoces e tardias. Em ambulatório as complicações mais frequentes são as tardias.

Em anexo (Apêndice VI) as complicações tardias dos doentes com OEI apresentadas na consulta externa. Verifica-se que dos 15 doentes acompanhados 33,30% apresentaram granulomas, sendo que a dermatite e a hérnia periestomal em 13,30 %, 3 doentes apresentaram estomas invaginados e apenas 1 doente apresentou estoma prolapsado.

O estoma e a pele periestomal precisam de cuidados diários por parte do doente ou familiar cuidador, pelo que nas consultas tenta-se adequar o produto certo a cada doente dentro do leque de produtos existentes, sendo importante ter em conta o tipo de ostomia, a localização do estoma, o tipo de estoma, as



características do conteúdo fecal, as complicações previamente existentes e muito importante as capacidades adaptativas do doente ou família à ostomia, sendo o pós-operatório altura ideal para escolher os produtos a utilizar, sendo que a educação para a saúde realizada a cada consulta seja de extrema importância para a mais rápida adaptação do doente e sua família à sua ostomia. (Miranda, 2010)

Um fator importante, e que não pode ser esquecido quando é escolhido o material de ostomia, é que este é caro, pelo que exige uma adequada gestão dos recursos existentes, tendo em conta a legislação em vigor para ajudar a defender defendendo os direitos dos doentes. Nesta consulta é avaliada a realidade socioeconómica do doente e das dificuldades que cada um enfrenta no dia-a-dia, pelo que são encaminhados para os apoios da comunidade, fornecidos os contactos de associações e grupos de apoio e dada a informação sobre os direitos e a legislação em vigor.

Para poder desenvolver competências no domínio da responsabilidade ética e legal, tornou-se pertinente para mim a aquisição de conhecimentos sobre os direitos e os benefícios do doente ostomizado. Como não existia uma informação em papel na consulta para poder fornecer ao doente sobre os seus direitos, realizei com o avale da enfermeira orientadora e do enfermeiro chefe da consulta um folheto intitulado “Direitos da pessoa Ostomizada” (Apêndice, VII), onde estão descritos para além dos direitos destas pessoas definidas pela EOA (2014), os recursos da comunidade da zona Centro e Sul (área de influência da instituição) e as empresas produtoras, fornecedoras de dispositivos existentes em Portugal e os contactos da consulta de estomaterapia.

Ainda sobre este tema, realizei uma Sessão de Formação (Apêndice VIII) com o mesmo nome dirigida a toda a equipa de enfermagem das consultas externas, integrada numa das “Reuniões das Quartas Feiras” (sessões de formação que existem todas as primeiras quartas feiras de cada mês para a equipa de enfermagem das consultas externas).

Esta sessão deu lugar a uma interessante partilha de opiniões, onde foram relatadas experiências de alguns profissionais no que se refere à legislação em vigor. Foram também expostas dúvidas pois houve oportunidade de discussão e reflexão sobre diversas situações, o que possibilitou a aprendizagem e um

crescimento na equipa, e para mim tornou-se numa experiência muito enriquecedora.

Com estas atividades, permitiu-me o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais através da relação empática estabelecida com o doente oncológico com OEI e sua família e o conhecimento dos seus problemas de adaptação em ambulatório. Demonstrar o uso de uma variedade de técnicas da comunicação (aconselhamento e escuta ativa), promovendo o bem-estar da pessoa com cancro. (EONS, 2013), consegui desenvolver o papel de facilitadora de aprendizagem em contexto de trabalho, através da Sessão de Formação e do Folheto realizado. Segundo a OE (2010, p. 10) “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais”

Tal como é preconizado pela EONS (2013, p.35), o enfermeiro deve “fornecer informações e aconselhamento dentro da equipe multidisciplinar para apoiar o atendimento ao paciente cancro”.

Possibilitou-me aprofundar especificidades no cuidar do doente com OEI em ambulatório, inventariando os problemas de adaptação, para poder intervir de uma forma dirigida mas também especializada facultando ao doente uma melhoria dos cuidados, pois conhecer bem quais os problemas mais frequentes é importante para poder realizar intervenções educativas individualizadas e centradas no doente e sua família.

Também me permitiu adquirir conhecimentos sobre os direitos do doente com OEI (legislação, benefícios, recursos existentes na comunidade, empresas existentes).

4.- Identificar as intervenções educativas de enfermagem que pertençam a um guia orientador de ensino para um doente com OEI.

Privilegiando a boa prática dos cuidados de enfermagem, o Guia de Orientação para o ensino ao doente com OEI deve ser um documento para permitir que os cuidados de enfermagem sejam prestados de uma forma uniformizada que contribuem para a excelência dos cuidados, favorecendo assim a adaptação do doente com OEI.

Durante a primeira semana e após ter consultado todos os protocolos do serviço, e em conversa com a minha orientadora verifiquei que existe um guia

de ensino ao doente ostomizado (Apêndice IX) sendo este preenchido na primeira consulta de estomaterapia (pré ou pós operatório). Para além de servir como uma orientação para a colheita de dados da avaliação inicial, é também utilizado para orientar os elementos da intervenção educativa a ter com o doente com OEI. Nele são ainda registada todas as necessidades identificadas (problemas de adaptação) e as respetivas intervenções de enfermagem realizadas.

Após pesquisa bibliográfica através da base de dados eletrónica (EBSCO e B on), utilizando palavras-chave, como: guia de ensino, ostomia, intervenções de enfermagem, quer através das leituras que efetuei livros da especialidade permitiram identificar as intervenções educativas que pertencem a guias de ensino para o doente com OEI.

É de salientar os de algumas associações internacionais que se destacam quanto ao cuidado do doente ostomizado e investigação, as quais apresentam as *guidelines* de boas práticas para o ensino e o cuidado dos doentes com OEI, como são o Ostomy Care and Management RAO (2009) sendo que este é um guia de referência mundial muito completo, encontrando-se traduzido em mais duas línguas e apresenta todas as recomendações fundamentadas com a prática baseada na evidência, a Colostomy Guide da United da Ostomy Associations of America (UOAA, 2011) e a International Ostomy Guidelines da The World Coucil of Enterostomal Therapist (WCET, 2013). Em Portugal não existe nenhum guia de boas práticas para o cuidado do doente com OEI.

Pude constatar a importância que os guias orientadores guia orientadores têm, sendo uma importante ferramenta de trabalho para os enfermeiros, facultando orientações e objetivos precisos, que permitem desenvolver um processo de ensino e aprendizagem, tendo por base a prática baseada na evidência, utilizando procedimentos *standards* e sistematizados, associados a uma prestação de cuidados individualizada, contribui para a excelência do cuidado e para a adaptação do doente com OEI. A OE (2001, p.12) reconhece-se que guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.”

Com estas atividades consegui adquirir competências a nível de investigação para poder basear a minha prática clínica especializada e a tomada de decisão na evidência científica, contribuindo assim para uma prática clínica e especializada válida atual e pertinente. Tal como refere a OE (2010, p. 10) o enfermeiro especialista “ baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”

### **3.3. Estágio num serviço de internamento de cirurgia geral de um hospital de Lisboa**

O estágio decorreu entre 6 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2014, perfazendo um total de 200 horas. Tanto o tema como os objetivos do projeto tinham sido apresentados à enfermeira chefe, tal como à enfermeira supervisora da instituição e foi alargado à equipa de enfermagem do serviço. A enfermeira chefe foi a minha orientadora durante o estágio, por esta ser especialista e perita na área do cuidado ao doente com OEI.

Este serviço de cirurgia geral é composto por 34 camas, 30 das quais de enfermaria e 4 de cuidados intermédios (por esta unidade passam principalmente os doentes submetidos a cirurgias gastrointestinais ou doentes que se encontrem com instabilidade hemodinâmica e necessitem de uma maior vigilância), a equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira chefe, uma enfermeira segundo elemento e 20 enfermeiros, cujo método de trabalho é o método individual. A equipa multidisciplinar é constituída também por um médico que é o diretor do serviço e por mais 15 médicos distribuídos por equipas. Neste serviço, são internados doentes com variadíssimas patologias, sendo na sua maioria internados para tratamento cirúrgico.

A implementação do projeto de estágio desenvolveu-se segundo a metodologia de projeto, esta procura identificar no local de ensino clínico/local de trabalho um problema, tendo o projeto sido desenvolvido através das seguintes fases: diagnóstico da situação, planeamento do trabalho a executar (realizado na Opção II), a implementação e a avaliação dos resultados. e a divulgação dos resultados, (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Para a execução do objetivo geral, foram definidos objetivos específicos.

## 1.- Conhecer as intervenções educativas realizadas pela equipa de enfermagem ao doente oncológico com OEI e sua família.

Para conhecer os desvios da equipa de enfermagem nas intervenções educativas ao doente oncológico com OEI e sua família ao longo do período de internamento, procedeu-se à elaboração de auditorias aos registos, no período de Janeiro a Maio de 2013 (Apêndice I), como referido na justificação do tema, pelo que realizarei uma análise dos resultados encontrados.

Após análise do primeiro indicador, verificou-se que o ensino sobre o que é uma ostomia foi de (0%), como é referido pela UOAA (2013) e pela IOA (2013), é importante que ensino deva começar por explicar ao doente o que é uma ostomia de eliminação intestinal, preferencialmente deverá ser realizada no pré-operatório. Mendonça, Valadão, Castro & Camargo (2007, p.434) corroboram a ideia referindo que no pré-operatório “as orientações devem esclarecer sobre o que é uma ostomia intestinal”.

Analisando o segundo indicador, apurou-se que no que se refere ao ensino sobre os cuidados com a ostomia e a pele periestomal (75%) este resultado deve ser melhorado pois  $\frac{1}{4}$  dos doentes não recebeu nenhuma indicação dos cuidados à com a ostomia e a pele periestomal, para tal como refere Santos & Cesaretti (2005) o enfermeiro deve fornecer um manual de orientações, explicação para o doente conseguir resolver os problemas que possam surgir no domicílio, os cuidados ao estoma, pele periestomal.

O *deficit* ou a ausência de ensino sobre os cuidados ao estoma e à pele periestomal, pode levar ao aparecimento de complicações, tal como foi constatado na consulta de proctologia/estomaterapia, que o problema de adaptação mais frequente eram as complicações com o estoma e a pele periestomal (73%), que este indicador é de extrema importância para a melhor adaptação do doente à OEI.

No que se refere ao terceiro indicador, o ensino sobre trocar a placa e o saco apresenta o melhor resultado (83%), mas é importante que, após explicado e ilustrado, o procedimento de troca dos dispositivos seja realizado pelo doente e/ou familiar cuidador o mais precocemente possível, pois o objetivo é a aquisição gradual de confiança, segurança e autonomia imprescindíveis que

deve ser conseguida antes da alta hospitalar, (Burch, 2011; Cronin, 2012; Rust, 2007 e RNAO, 2009).

Quanto ao quarto indicador, o ensino sobre a alimentação verifica-se que foi realizado em 66% dos doentes, consistindo este em “aconselhar pacientes com ostomias intestinais que devem ser capazes de comer uma dieta regular após a sua cirurgia, mas que podem não tolerar certos alimentos”, (Grose *et al*, 2011, p. 4).

Quanto melhor a qualidade da educação e intervenção do enfermeiro nos últimos quatro indicadores, menores serão as complicações existentes no pós-operatório. O quinto indicador é o ensino sobre complicações, que revelou ser de 0%, percentagem que fica muito aquém do pretendido, pelo que requer a sensibilização da equipa de enfermagem para a mudança, pois como verificado anteriormente na consulta de enfermagem as complicações que surgem em ambulatório são elevadas, podendo estar na base um deficiente ou a inexistência de ensino sobre as complicações. As complicações do estoma são de particular relevância no CCR por causa de “da importância na adaptação a um estoma, especialmente durante o período pós-operatório imediato.” (Parmar, Zammit, Smith, Kenyon & Lees, 2011, p. 935)

O indicador de ensino sobre os direitos e acessibilidade (42 %), mostra-nos que em menos de 50% dos doentes internados lhes foi fornecida informação sobre este assunto, sendo este de grande importância para o doente e família melhorando assim a sua adaptação, “é importante que a equipe de enfermagem conheça os direitos dos ostomizados a fim de lhes proporcionar a atenção e o respeito necessários contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida”, (Matheus, Leite, & Dázio, 2004, p.5).

A avaliação do ensino, apesar de essencial foi de 0%. Esta torna-se importante para aferir a adaptação do doente e família à sua situação, para poder manter a continuidade de cuidados ao doente com OEI. A ação desenvolvida pelo enfermeiro deve ter como finalidade a continuidade do tratamento, (Monge, 2008 referenciando Maruyama & Costa 2004).

Foram adquiridas através desta atividade competências no domínio da melhoria da qualidade, pois através do conhecimento adquirido, encontrei a base para a criação de indicadores para implementar e avaliar os resultados das

intervenções educativas do enfermeiro e com base nos resultados, poder implementar este projeto de intervenção que visa de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Tal como é referido pela OE (2010, p.6) o enfermeiro especialista deve desenvolver competências no domínio da qualidade, sendo que este “ avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”, “define indicadores para a medição, valida a qualidade, em função das necessidades.”, “Realiza auditorias clínicas”.

2.- Identificar as intervenções educativas de enfermagem a realizar ao doente com OEI e sua família, passíveis de serem operacionalizadas e parametrizadas em linguagem CIPE®.

No primeiro dia de estágio, tive uma reunião com a enfermeira orientadora, onde foram discutidas as intervenções a realizar para se alcançar os objetivos delineados.

Após os resultados das auditorias acima descritas desenvolveram-se alguns campos de intervenção, um dos quais foi criar condições de registo do ensino ao doente com OEI, em linguagem CIPE® no sistema de informação SAPE.

Para tal foram realizadas duas reuniões com a enfermeira supervisora (parametrizadora da instituição) e com a enfermeira chefe para se poder criar condições de registo das intervenções educativas realizadas por parte da equipa de enfermagem em formato de papel terem deixado de existir na instituição.

A primeira reunião teve como objetivo definir o plano de intervenções educativas de enfermagem a realizar junto do doente com OEI e sua família que iriam ser operacionalizadas, que teve a duração de 90 minutos.

Ao longo da primeira semana realizei na plataforma informática um inventário de todas as intervenções existentes que fazem parte do ensino ao doente e família bem como uma pesquisa bibliográfica sobre a CIPE®.

Na segunda reunião apresentei então o plano que seria colocado no processo de enfermagem (diagnóstico, focos de atenção, fenómenos, intervenções, e como é realizada a avaliação) tanto para a o ensino ao doente com OEI como ao familiar/cuidador, após discussão com a enfermeira

supervisora foi então introduzido o plano no sistema CIPE® /SAPE. (Apêndice X).

A instituição adotou a CIPE® como enquanto uma linguagem classificada para ser utilizada por enfermeiros, por simplificar a comunicação entre profissionais, uma vez que há uniformização da linguagem utilizada. Reconhecem-se outras vantagens para o uso da CIPE como a anulação de interpretações ambíguas, ajudando a desenvolver a investigação em enfermagem, dando visibilidade às práticas dos enfermeiros e contribuindo para a qualidade dos cuidados num processo que se une com a formação contínua para a melhoria e enriquecimento da profissão, (OE, 2007).

É de mencionar que a informação obtida através dos registos, constitui sem dúvida a evidência do que os profissionais de enfermagem fazem, deveriam fazer ou fazer melhor, tornando-se importante na promoção e melhoria da qualidade dos cuidados, (Pinto, 2009).

### 3.- Sensibilização da equipa para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem a prestar ao doente oncológico com OEI e sua família através das intervenções educativas

Após ter avaliado os resultados das intervenções educativas ao doente com OEI e sua família por parte da equipa de enfermagem, e para responder às necessidades de formação identificadas na auditoria, foi então planeada uma sessão de formação (Apêndice XI) à equipa. Para a formação recorri ao método expositivo, acompanhado de uma apresentação em Power Point.

Esta sessão teve a duração de 1 hora, na qual esteve presente a totalidade da equipa de enfermagem (exceto 2 elementos que se encontravam de férias, ou seja uma taxa de 90%). Foi uma sessão onde iniciei por descrever os objetivos da formação e do meu projeto, apresentei os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da instituição que são baseados nos da OE, e nos quais me basei a realização do meu projeto, pois para a OE (2001) um dos indicadores de qualidade são o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

Expus os resultados da auditoria realizada aos registos de enfermagem ao doente com OEI de Janeiro a Maio 2013, após mostrei então a forma de como realizar o registo de enfermagem na CIPE®/SAPE, e a importância que a



intervenção educativa tem para adaptação do doente com OEI e sua família. Foram apresentadas as fases de ensino, de um plano educativo para o doente com OEI, frisando a importância que este deve ser realizado de uma forma gradual, e individualizada centrada no doente e família, para a OE (2001) o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. Outro ponto abordado foi a avaliação das intervenções educativas e como registar essa avaliação e a importância que esta tem para a continuidade dos cuidados.

No final de cada formação é entregue uma folha que serve como forma de avaliação da formação (que não teve autorização para apresentar), no final houve lugar para a partilha de opiniões, assim como a oportunidade de reflexão sobre os vários indicadores, inicialmente alguns colegas mostraram-se surpreendidos com os resultados de alguns indicadores da auditoria nomeadamente todos os que se encontravam com valores de 0%, foi também falado sobre as estratégias a adotar pela equipa para melhorar, ficou estabelecido que ao longo do ano iriam ser realizadas três momentos formativos, que a sessão iria ficar numa pasta partilhada para todos os colegas, sendo de fácil acesso para consulta e que para servir de apoio ao ensino sobre os direitos e benefícios do doente ostomizado que iria ser realizado por mim um folheto informativo.

Ao longo do estágio elaborei então um folheto para ser entregue ao doente com OEI, com o título “Pessoa Ostomizada – Direitos e Benefícios” (Apêndice XII), onde estão descritos os direitos do doente ostomizado, recursos existentes na comunidade e os benefícios legislados. Após conversa com a minha orientadora ficou definido que seria a responsável pela atualização trimestralmente do folheto.

Outra atividade que desempenhando foi o papel de supervisão clínica, acompanhando a equipa, envolvendo-me e esclarecendo dúvidas sobre as intervenções educativas a realizar junto do doente com OEI e sua família e o seu registo no sistema informático. Por não ser possível estar presente em todos os turnos, criei uma folha com as indicações para facilitar o registo das intervenções educativas no sistema informático (Apêndice XIII).

Com estas duas últimas atividades foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pois a formação realizada deu a conhecer as intervenções educativas que necessitavam de ser melhoradas e quais as estratégias a serem utilizadas para a melhoria da prática.

Também foram desenvolvidas competências para a melhoria da qualidade dos cuidados, pois foi desenvolvido um projeto no serviço após a avaliação das intervenções do ensino ao doente com OEI e partindo de um problema foi implementado um conjunto de atividades com vista à melhoria da prática de enfermagem como facilitadora da adaptação do doente com OEI e sua família. Estas atividades contribuem para o desenvolvimento de uma prática perita, pois o enfermeiro especialista “planeia programas de melhoria continua, identifica oportunidade de melhoria, seleciona estratégias de melhoria”, OE (2010, p. 6).

Para avaliação do projeto desenvolvido, no final do estágio, foi realizada uma nova auditoria aos registos (já executados na CIPE® /SAPE), que será descrita em seguida.

Ao longo do período de estágio estiveram internados 5 doentes com o diagnóstico de CCR, os quais realizaram uma OEI.

Procederei à caracterização doentes oncológicos com OEI internados no serviço de cirurgia geral de um hospital de Lisboa (Apêndice XIV), quanto à idade, quanto ao sexo, quanto à patologia oncológica e quanto ao tipo de OEI que lhe foi realizado.

Podemos então observar que dos 5 doentes internados apresentavam idades compreendidas entre os 36 e os 78 anos ( $\bar{x} = 62,8$ ), segundo Pinto (2010, p.4) “esta doença é pouco comum em indivíduos com menos de 50 anos (idade média de diagnóstico 70 anos).” Denota-se que quanto ao sexo a maioria dos doentes era do sexo masculino sendo que 3 doentes do sexo masculino (60%) e 2 doentes do sexo feminino (40%). Segundo Globocan (2012) a incidência de CCR no mundo é de 746 000 de homens e de 326 000 em mulheres, tal como na Europa em que o número de casos de homens é superior ao número de casos em mulheres.

Caracterizando os doentes quanto à sua patologia oncológica, verificamos que quatro tinham o diagnóstico de neoplasia do colon e reto (80%) e um tinha neoplasia do intestino delgado (20%). Quanto ao tipo de ostomia, 4 doentes (80%) apresentavam colostomia apenas 1 (20%) apresentava ileostomia. Estes dados vão de encontro a resultados de outros estudos, como o realizado por Menezes (2008) em que a amostra apresenta 72,5% de doentes eram colostomizados tal como no estudo de Gomboski (2011) em que 67,4% a colostomia era o tipo de ostomia de eliminação intestinal mais presente. Burch (2011,p. 162) refere no seu estudo que “a colostomia é o estoma mais comumente visto no Reino Unido” O estudo de Youngberg (2010) mostra resultados em relação a esta característica diferentes pois revela haver o maior número de ileostomias (61,4%), embora apenas (27,9%) da sua amostra eram por doença oncológica.

No final do estágio foi realizada uma segunda auditoria ao registo das intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro aos cinco doentes internados no período Janeiro – Fevereiro (Apêndice XV) onde se verifica-se que no indicador ensino sobre o que é uma ostomia, foi realizado a 60% dos doentes e/ou família, houve uma melhora significativa pois na primeira auditoria este indicador era de 0%. Este ensino deve ser realizado preferencialmente no pré-operatório, este serve para revisão da etiologia da doença, procedimento cirúrgico, as características do estoma e periestomal, e se for possível mostrar ao doente uma ostomia usando as ilustrações e folhetos, (Pontieri-lewis, 2006). Neste serviço o doente dá entrada no dia prévio à cirurgia o que com todas as rotinas que ele tem que realizar sobra pouco tempo para o enfermeiro iniciar o ensino, embora a equipa tenha realizado um esforço extra. Após conversa com a equipa, decidiu-se que a melhor forma para realizar este ensino seria quando é realizada a avaliação inicial, ou seja ainda no pré-operatório.

Quanto aos cuidados ao estoma e pele periestomal foi realizado a 80% dos doentes um tendo este indicador melhorado 5%, trocar a saco e a placa foi de 80% tal como no indicador tendo piorado 3% (ou seja não foi realizado a 1 pessoa), após analisar estes dois indicadores verificamos que a equipa dá muita importância ao ensino de aspetos técnicos. Tal como é descrito no estudo de Alves (2010, p. 96) “constatamos que 90% dos enfermeiros inquiridos

consideraram como muito importante os conteúdos relacionados com a limpeza e higiene da ostomia/aspectos técnicos”.

A taxa de registo sobre a alimentação foi de 40%, comparando com o anterior que era de 58% verificou-se existir uma diferença negativa, pode-se deter que é um ensino que os enfermeiros realizam poucas vezes, sendo pelo fato de ter poucos conhecimentos sobre a temática ou o mais comum é existir uma dietista, que realiza o ensino ao doente no dia anterior à alta clínica. Estes números vão de encontro ao estudo de Matheus, Leite & Dázio (2004) que constataram no ensino à pessoa ostomizada que das principais dificuldades referidas pelos profissionais de enfermagem 12% é quanto à alimentação, tal como no estudo de Alves (2010, p.91) “somente 68,3% dos enfermeiros aborda sempre os cuidados sobre a alimentação. Isto demonstra que é importante que se invista na formação das equipas de enfermagem sobre esta temática, pois a alimentação é um fator importante para a adaptação do doente à sua OEI, tal é corroborado no estudo de Costa (2009, p.77) realizado a doentes ostomizados “o ensino sobre a alimentação, no período pós-operatório, foi avaliado por 70% dos inquiridos como muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida”.

Quanto aos cuidados sobre as complicações foi de 60% face aos 0% da primeira auditoria, pode-se constatar que este indicador teve uma grande evolução na equipa que após a formação começou a compreender importância deste ensino para o doente com OEI e sua família, pois em qualquer ostomia, há grande possibilidade de aparecerem complicações no estoma e pele periestomal. Na revisão da literatura realizada por Shabbir & Britton (2009, p. 958), refere que “vários estudos têm relatado uma taxa de complicação de 21-70%”, tal como no estudo realizado por Parmar, Zammit, Smith, Kenyon & Lees, P. (2011) descrevem que o aparecimento de várias complicações das OEI varia entre 23,5% a 68%, e que 30,9% dos doentes com estoma apresentam complicações nas três primeiras semanas de pós-operatório.

Como tal, é importante ensinar os doentes sobre as complicações durante o internamento, pois é necessário que os doentes sejam capazes de identificar os sinais e sintomas de complicações, para as consigam reconhecer e possam intervir. No estudo de Herlufsen et al. (2006) em que apenas 38% dos indivíduos que apresentaram complicações a nível da pele periestomal conseguiram

identifica-las, já a RNAO (2009) descreve que 80% das pessoas que tiveram complicações da pele periestomal não recorreu logo aos cuidados de saúde, por não saber identificá-las.

Após diálogo com a equipa, esta referiu sentir a necessidade de mais formação, sobre as complicações, ficou definido que ao longo do ano seriam realizadas formações que iriam ser repetidas até envolver 95 % do grupo, também ficou definido que seria criado até ao final do ano um folheto ilustrativo para entregar ao doente sobre as complicações, para que este consiga reconhecer-las precocemente.

Quanto aos direitos e acessibilidade a taxa foi de 40%, não tendo evoluído desde a última auditoria, por forma a colmatar esta lacuna na intervenção educativa e como tinha sido falado no dia da formação foi realizado um folheto sobre os direitos e a acessibilidade que servirá de complemento do ensino, (Apêndice XVI).

Por último quanto à avaliação das intervenções educativas os registos revelaram uma taxa de 80%, tendo evoluído positivamente. Verificou-se que a equipa compreendeu a importância que a avaliação tem para a continuidade dos cuidados ao doente com OEI e sua família contribuindo assim para um ensino centrado no doente e individualizado. Para melhorar este ponto, foi agendada uma reunião com a enfermeira supervisora para encontrar a melhor forma para realizar o registo da avaliação de uma forma mais funcional no sistema CIPE® /SAPE.

Após esta análise pude concluir que houve mudanças significativas na maioria dos indicadores, embora existam pontos que sejam passíveis de melhorar e que requerem criação e implementação de novas estratégias.

Consegui compreender ao longo de todos os estágios que a adaptação do doente com OEI é um processo que se inicia no pré operatório e vai mais além do momento da alta hospitalar, que se realiza de forma gradual, e como tal compreendi que a fase do internamento é de extrema importância para que este processo seja bem iniciado, daí se tornar importante investir na promoção, formação e na excelência nos cuidados e nas intervenções educativas prestadas aos doentes com OEI. Não esquecendo que para que a adaptação seja bem sucessiva, envolve um conjunto de fatores tal como refere Readding (2005,

p.20), referenciando Metcalfe, (1999) “depende da satisfação do paciente, da motivação, dos mecanismos de enfrentamento, da informação pré-operatória, da participação no ensino e na aprendizagem, nos sintomas físicos, pensamentos negativos e crenças sobre o estoma.” Como tal a pessoa necessita de um tempo pessoal para refletir e adaptar-se à sua condição de ostomizado, que pode levar dias, semanas ou meses, (Sonobe, Barichello & Zago, 2002).

Adquiri competências no domínio da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com OEI, pois tive um papel dinamizador e de sensibilização da equipa de enfermagem, avaliando os cuidados prestados, criando indicadores para medição da qualidade e realizando auditorias.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Terminada esta etapa é altura de realizar uma reflexão, com base em todos os momentos de aprendizagem que foram acontecendo ao longo deste percurso. Embora para serem atingidos os objetivos, houve necessidade de reformular algumas etapas do percurso, mas julgo que este aspeto se tornou enriquecedor, dado ser justificativo da capacidade de análise que foi sendo desenvolvida.

O desenvolvimento deste projeto sobre a adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal, e a intervenção educativa do enfermeiro, revelou-se um desafio que exigiu o desenvolvimento de competências ao nível da planificação, organização e liderança.

A realização de ensinamentos clínicos em diferentes locais de trabalho daqueles onde prestamos cuidados permitiu conhecer outras dinâmicas de trabalho e outras filosofias de cuidar, que ajudou no questionamento da minha prática da qual destaco a facilitação da resolução de problemas, o pensamento crítico e o planeamento estratégico para as mudanças. O ajustamento das intervenções e atividades, de acordo com as exigências e condições dos locais de estágio, demanda um conjunto de competências, teóricas, técnicas, humanas e relacionais, que no decorrer deste percurso, creio ter desenvolvido. Para esta caminhada foi essencial a realização constante de pesquisa bibliográfica sobre as intervenções educativas de enfermagem a com vista a ajudar na adaptação do doente com OEI e sua família.

Considero imprescindível que os enfermeiros devem refletir sobre as suas próprias necessidades de aprimoramento e de formação contínua não só no cuidar ao doentes oncológicos com OEI mas também na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nas restantes áreas do cuidar, com base numa pesquisa dirigida no sentido de encontrar melhor evidência científica para as questões que se colocam na sua prática clínica.

É necessária a sensibilização dos enfermeiros para a problemática vivida pelo doente ostomizado, para que não limitem o ensino efetuado aos aspetos técnicos e treina-los para que não sintam qualquer tipo de embaraço ou constrangimento em abordar os temas íntimos do dia-a-dia aspeto desenvolvido neste projeto.

Perante isto, a intervenção do enfermeiro não se pode reduzir a uma atitude meramente técnica, nomeadamente a nível da execução de intervenções educativas do enfermeiro pertencentes a um plano abrangente, necessitando de toda uma competência comunicacional e relacional, que lhe permita lidar com uma diversidade de sentimentos (Silva & Rodrigues, 2005).

Existiram alguns limitações ao longo deste percurso que importa serem focadas, a impossibilidade de realização de uma visita a outra consulta de estomaterapia (por questões de impossibilidade de datas), a outra limitação foi a inexistência de indicadores de avaliação da intervenção educativa do enfermeiro no cuidar do doente com OEI ao longo do internamento tendo sido criados de raiz. Tendo a consciência que o número de horas de prática clínica foram insuficientes, mas no entanto foram extremamente enriquecedoras na aquisição de conhecimento.

Quanto a projetos futuros, passarão, pela realização de formação na área da estomaterapia, sendo esta uma área de interesse para mim, e ao longo deste percurso foi crescendo o gosto pela estomaterapia e a compreensão da sua importância na vida do doente com OEI e sua família, pelo que tenho como projeto o desenvolvimento de uma consulta de estomaterapia na minha instituição de trabalho.

Termo então este trabalho, julgando terem sido atingidos os objetivos iniciais, procurou-se basear a prática clínica especializada em padrões de conhecimentos válidos, e trabalhando como um elemento facilitador de aprendizagem no contexto de trabalho. (OE, 2010). Cresci enquanto pessoa e profissional, tendo melhorado a minha prestação de cuidados, modifiquei comportamentos e fui um elemento facilitador de mudança dos comportamentos da equipa de enfermagem. Planearam-se executou-se um projeto que influenciou a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Penso poder concluir que com o trabalho foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista, competências de mestre e o patamar de perito tal como descrito por Benner.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. (2010). *A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal - Contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (2010). História da estomaterapia. APECE. Acedido: 09-05-2015. Disponível em: <http://apecept.com/page.php?conteudo=&tarefa=ver&id=167&item=Hist%F3ria%20da%20Estomaterapia>
- Ardigo, F. & Amante, L. (2013). Knowledge of the professional about nursing care of people with ostomies and their families. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22 (4), 1064-1071.
- Barata, J. (2010). Considerações sobre estomas. *Ostomias, Associação Portuguesa de Ostomizados*, 1, 1-8.
- Barbutti, R.; Silva, M. & Abreu, M. (2008). Ostomia, Uma difícil adaptação. *Revista SBPH*, 11 (2), 27-39.
- Barnabe, N. & Dell'Acqua, M. (2008). Estrategias de enfrentamiento (coping) en personas ostomizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (4), 1-8.
- Bechara, R. N et al. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 25 (2), 146-149.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1), 74-81.

- Burch, J. (2010). Management of stoma complications. *Nursing Times*, 107(45), 17-20.
- Burch, J. (2011). Stoma management: enhancing patient knowledge. *British Journal of Community Nursing*, 16 (4), 162-166.
- Butler, D. (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36 (5), 513-519.
- Cascais, A.; Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (1), 163-7.
- Collière, M.F. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). From research to nursing practice applying the Roy adaptation model. *Escola Anna Nery*, 15 (4), 845-850.
- Coelho, A.; Santos, F. & Poggett, M. (2013). Stomas changing lives: facing the illness to survive. *Rev Min Enferm*, 17 (2), 268-277.
- Cotrim, H. (2007). *Impacto do cancro colo-rectal no doente e cuidadores/família: implicações para o cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto
- Costa, V. (2009). *A educação para a saúde e a sua importância para a melhoria da qualidade dos doentes colostomizados*. Universidade Fernando Pessoa. Monografia. Porto.
- Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing*, 21 (22), 1234-1238.

Cruchinho, P. (2008) - Arquitetura da informação clínica de enfermagem para os sistemas de informação em saúde. Considerações para o desenvolvimento de um modelo de documentação. *Revista Percursos*, 8, 25-34.

**DOI:**0.1111/j.1365-2702.2004.00945.x.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal Doenças Oncológicas em números – 2013. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2014). Direitos dos doentes. Acedido: 09-10.2014. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqieqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAA>

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer nursing curriculum (4ªed.)*. Brussels: European Oncology Nursing Society.

European Ostomy Associations (2014). Charter of ostomies rights. Acedido em 15-12-2014. Disponível em:

<http://www.ostomyeurope.org/>

Ferreira, A.; Seiça, A. & Morais, I. (2009). Pessoa ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*, 7 (20), 3-5.

Ferreira, C. *et al.* (2009). As necessidades de informação sobre sexualidade da pessoa ostomizada. *Nursing*, 243, 38-41.

Ferrito, C.; Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*, 7, 34 – 47.

- Forno, S. (2009). *O cancro colo-rectal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gemmill, R.; Kravits, K.; Ortiz, M.; Anderson, C.; Lai, L. & Grant, M. (2011). What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer ostomy care? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42 (2), 81-88.
- Gemelli, L. & Zago, M. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (1), 34-40.
- Globocan (2012). Estimated cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. *WHO*. Acedido: 17-07-2014. Disponível em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- Gomboski, G. (2011). *Adaptação cultural e validação do city of hope - quality of life –ostomy questionnaire para a língua portuguesa*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Grose, S. et al (2011). Ostomy Care: an overview. *Nursing Practice & Skill, Nursing Practice Council*, (1), 1-5.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Herlufsen et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 15 (16), 854-862.

Instituto Nacional de Estatística (2013). Taxa de mortalidade por tumor maligno do colón e reto por 100 000 habitantes (Nº) por local de residência (NUTS – 2002), sexo e grupo etário anual. Acedido em: 20-11-2014. Disponível em:

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003740&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003740&contexto=bd&selTab=tab2)

International Ostomy Association (2013). *What is an ostomy?* IOA. Acedido em 20-11-2013. Disponível em:

<http://www.ostomyinternational.org/ostomy.html>

Loureiro, O. & Fernandes, A. (2007). O utente ostomizado. *Revista Sinais Vitais*, 74, 33-37.

Macedo, L. M. V. S. (2006). Educação para a alta à pessoa com ostomia. *Revista Sinais Vitais*, 67, 51-53.

Matheus, M.; Leite, S. & Dázio, E. (2004). Compartilhando o cuidado da pessoa ostomizada. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*, Belo Horizonte, 1-6 Set. 2004.

Matos, D. & Cesaretti, I. U. R. (2005). Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: aspectos preventivos e terapêuticos. In: Santos, V. L. & Cesaretti, I. U. R. (Eds.). *Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado* (195-213). São Paulo: Editora Atheneu,

Melo, M. & Braga, R. (2003). Rastreio do cancro do cólon e do recto. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 471-82.

Mendonça, R.; Valadão, M.; Castro, L. & Camargo, T. (2007). The importance of the nursing visit prior to intestinal ostomy placement. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53 (4), 431-435

- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros – a excelência do cuidar*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- Menezes, A. P. S. & Quintana, J. F. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21 (1), 13-18.
- Menezes, M. (2008). *Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Ministério do Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010*. Acedido em 20-01-2014. Disponível em: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO\\_2007.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf)
- Miranda, L. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado para a obtenção de grau de Mestre. Vila Real.
- Monge, R. (2008). *A assistência de enfermagem aos pacientes com estoma intestinal: conhecimento e percepção dos enfermeiros*. Universidade Guarulhos. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Guarulhos.
- Monge, R. & Avellar, M. (2009). Nursing care of patients with intestinal stoma: nurse's perceptions. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8 (1), 1-11.  
**DOI:** <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092208>

Morais, I.; Seíça, A. & Pereira, M. (2012). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. Complicações em ostomias de eliminação. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia. *Estomaterapia: o saber e o cuidar* (40-47). Lisboa: Lidel.

Nugent, K. P.; Daniels, P.; Stewart, B.; Patankar, R. & Johnson, C. D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Cólón and Rectum*, 42 (12), 1569-1574.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Divulgar*. 1-19 acedido em 17-01-2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em: 20-06-2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crónica e paliativa. Acedido em 20-06-2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistema de informação de enfermagem – princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Acedido 17-06-2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

Parmar, K. L.; Zammit, M.; Smith, A.; Kenyon, D. & Lees, P. (2011). A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, (13), 935-8.

**DOI:** 10.1111/j.1463-1318.2010.02325.x

Pasia, M. (2011). *Diet and nutrition guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.

Paula, M.; Takahashi, R. & Paula, P. (2009). The sexuality meanings for people with permanent bowel ostomy. *Revista Brasileira Coloproctologia*, 29 (1), 77-82.

Pinto, G. (2010). *Carcinoma colo-rectal: diagnóstico e tratamento*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Mestrado Integrado em Medicina. Área: Cirurgia Geral. Porto.

Pinto, L. (2009). *Sistemas de informação e profissionais de enfermagem*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real

Piwonka, M.A. & Merino, J.M. (1999). A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26 (6), 298-305.

Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of ostomy care. *Medsurg Nursing*. 15 (4), 199-203.

Readding, L. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*, 14 (16), 16-20.



- Registered Nurses' Association of Ontario (2009). *Clinical Best Practice Guidelines – Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Rocha, J. (2011). Intestinal stomas (ileostomy and colostomy) and intestinal anastomosis. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 44(1), 51-6.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *The Roy adaptation model: the definitive statement*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Rust, J. (2007). Care of patients with stomas: the pouch change procedure. *Nursing Standard*, 22 (6), 43-47.
- Santos, C. (2012). *O processo de (re) construção da identidade da pessoa estomizada à luz do modelo de adaptação de Roy*. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a obtenção de Pós Graduação em Enfermagem. Rio Grande.
- Santos, V. (2000). Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. *Rev. Esc. Enf. USP*, 34(1), 52-58.
- Santos, V. & Cesaretti, I. (2005). *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu
- Santos, V. (2006). *Cuidando do estomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão*. (Tese de doutoramento não publicada). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Santos, V.; Kimura, M. & Chaves, E. (2006). Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nursing*, 33, 503-509

- Shabbir, J. & Britton, D. C. (2009). Stoma complications: a literature overview. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 4 (10) 958-64. **DOI:** 10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x
- Silva, A. L. & Shimizu, H. E. (2007). A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 307-311.
- Silva, M. C. & Rodrigues, M. (2005). O ensino ao colostomizado. *Revista Sinais Vitais*, 58, 26- 29.
- Simões, C. & Simões, J. (2007) - Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Revista Referencia*, 2 (4), 9-23
- Simmons, K.; Smith, J.; Bobb, K. & Liles, L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (6), 627-635.
- Sonobe, H.; Barichello, E. & Zago, M. (2002). The perception of colostomized patients on the use of the colostomy bag. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (3), 341-348
- Sória, D.; Bittencourt, A.; Menezes, M.; Sousa, C. & Souza, S. (2008). Resiliência na área da enfermagem em oncologia. *Acta Paul Enferm*, 22 (5), 702-706.
- Sprunk, E. & Alteneder, R. (1999). The impact of an ostomy on sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4 (2), 85-88.
- Stumm, E.; Leite, M. & Maschio, G. (2008). A nursing team's experiences rendering care to cancer patients. *Cogitare Enfermagem*, 13 (1), 75-82.
- Tavares, J. (1999). O que é a estomaterapia?. *Enfermagem Oncológica*, 49-50.

The World Council of Enterostomal Therapist (2013). *International Ostomy Guidelines*. Acedido em 30-11-2013. Disponível em:

<http://www.wcetn.org/international-ostomy-guidelines>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5.<sup>a</sup> ed.), Loures: Lusociência

United Ostomy Associations of America (2014). *Psychosocial issues*. Acedido em: 12-01-2014. Disponível:

[http://www.ostomy.org/ostomy\\_info/whatis.shtml](http://www.ostomy.org/ostomy_info/whatis.shtml)

United Ostomy Associations of America (2013). *Ostomate bill of rights*. Acedido em 2-12-2013. Disponível em:

[http://www.ostomy.org/ostomy\\_info/bill\\_of\\_rights.shtml](http://www.ostomy.org/ostomy_info/bill_of_rights.shtml)

Van Zeller, M. (2008). *Factores que influenciam a decisão da pessoa com colostomia descendente ou sigmoide a optar ou não pela prática da técnica de irrigação*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto

Wells, M. (2003). The treatment trajectory. In S. Faithfull & M. Wells. *Supportive Care in Radiotherapy*. London: Churchill Livingstone.

World Health Organization (2002). *National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines* (2<sup>a</sup> ed.). Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020*. Acedido em: 09-01-2015. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2014). *Cancer country profiles 2014*, Portugal.

Acedido em 20-01-2015. Disponível em:

[http://www.who.int/cancer/country-profiles/prt\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/cancer/country-profiles/prt_en.pdf?ua=1)

Youngberg, D. (2010). *Individuals with a permanent ostomy: quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications, and out-of-pocket financial costs for ostomy management*.

(Tese de doutoramento não publicada). Universit Columbia. Colombia.

Zego, M. (2014). *Sistematização da assistência de enfermagem aos utentes oncológicos ostomizados*. Universidade do Mindelo. Trabalho apresentado para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Mindelo.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Resultados da auditoria aos registros de enfermagem no período de Janeiro – Maio de 2013

## Auditoria aos registos de enfermagem no período Janeiro-Maio de 2013

Indicadores Doentes	o que é uma ostomia	cuidados com o estoma e a pele periestomal	trocar saco mais placa	Alimentação	Complicações	Direitos e Acessibilidade	Avaliação
1	N	S	S	S	N	S	N
2	N	S	S	S	N	N	N
3	N	S	S	N	N	S	N
4	N	S	S	S	N	S	N
5	N	S	S	S	N	S	N
6	N	N	S	S	N	S	N
7	N	S	S	S	N	S	N
8	N	S	S	S	N	N	N
9	N	S	S	N	N	N	N
10	N	N	S	N	N	N	N
11	N	S	N	N	N	N	N
12	N	N	N	N	N	N	N

S – registo do ensino realizado  
N – não realizado registo do ensino

**Auditoria aos registos de enfermagem no oncológico com OEI no período  
Janeiro-Maio de 2013**

**Nº de registos das intervenções educativas realizadas X 100**

**12**

O que é uma ostomia : 0 X 100 = 0 %

12

Cuidados coma ostomia e a pele peristomal: 9 X 100 = 75 %

12

Trocar saco mais placa: 10 X 100 = 83 %

12

Alimentação: 7 X 100 = 58 %

12

Complicações: 0 X 100 = 0 %

12

Direitos e Acessibilidade: 6 X 100 = 50%

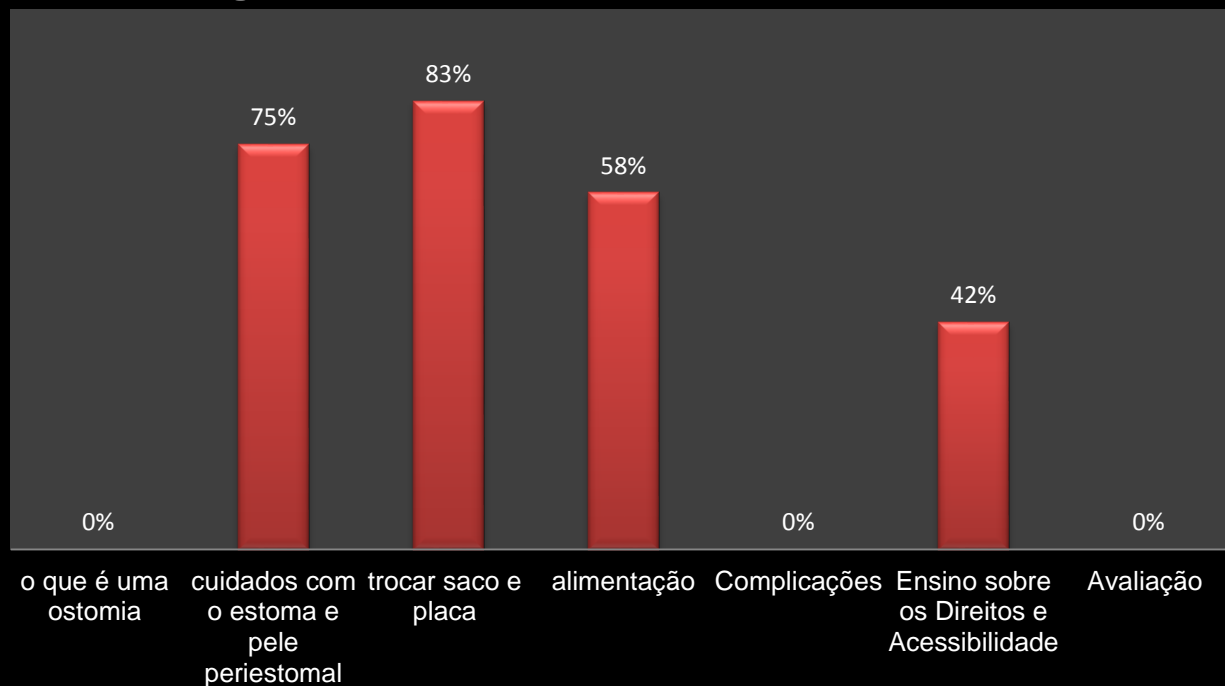
12

Avaliação: 0 X 100 = 0 %

12



## Auditoria aos Registo Ensino Doente Oncologico com OEI de Janeiro a Maio 2013



**APÊNDICE II** – Checklist de intervenções educativas de enfermagem no internamento ao doente com OEI

## AVALIAÇÃO INICIAL

Serviço de Cirurgia Geral	Vinheta do Doente
---------------------------	-------------------

Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐

O doente apresenta condições psíquicas/físicas para o ensino? Sim ☐ ; Não ☐

Familiar/ Pessoa de Referencia (Nome e Afinidade) \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Não sabe ler ☐ ; Ensino Básico ☐ ; Ensino Secundário ☐ ; Ensino Superior ☐ Outro ☐ \_\_\_\_\_

Cirurgia realizada \_\_\_\_\_

**Foi efetuada marcação do local provável para a ostomia? Sim ☐ ; Não ☐**

Que tipo de ostomia foi construída: Ileostomia ☐ Colostomia ☐

Foi-lhe fornecido material didático explicativo? Sim ☐ ; Não ☐  
Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

## INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM OEI

Ensinar	Doente	Família	Data__/__/__ Avaliação
▪ Conceito de estoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Tipos de dispositivos de colostomia (Dispositivos de uma e duas peças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Observação do estoma e ppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Frequência de mudança do dispositivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Complicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Direitos e Acessibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instruir	Doente	Família	Data__/__/__ Avaliação
▪ Reunir material para a mudança do dispositivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Higiene das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Remover placa aplicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Higiene do estoma e ppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Observação do estoma e ppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Medição do estoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Desenho do molde na placa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Recorte da placa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Aplicação do dispositivo de ostomia			
Uma peça	Duas peças		
▪ Aplicação da placa	▪ Aplicação da placa		
	▪ Adaptação do saco		
▪ Verificar a aderência da placa/adaptação do saco à placa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Cuidados com o dispositivo retirado e material utilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Higiene das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Treinar	Doente	Familia	Data __/__/__	
▪ Reunir material para mudança do dispositivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Higiene das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Remover placa aplicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Higiene do estoma e ppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Observação do estoma e ppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Medição do estoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Desenho do molde na placa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Recorte da placa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Aplicação do dispositivo de oostomia				
Uma peça				Duas peças
▪ Aplicação da placa				▪ Aplicação da placa
				▪ Adaptação do saco
▪ Verificar a aderência da placa/adaptação do saco à placa				
▪ Cuidados com o dispositivo retirado e material utilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Higiene das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**No momento da alta:**

**Estoma** Rosado ☐ Rosa Pálido ☐ Rosa Escurecido ☐ Cianose ☐ Edemaciado ☐  
 Redondo ☐ Oval ☐ Irregular ☐ Raso ☐ Proeminente ☐ Invaginado ☐  
 Deiscência Muco-Cutânea ☐ Friável ao toque ☐ Tecido desvitalizado ☐  
**Pele Periestomal:** Integra ☐ Ulcerada ☐ Dermatite ☐  
**▪ Consistência das fezes:** Líquidas ☐ Pastosas ☐ Moldadas ☐  
 ▪ Cliente/Família realizou cuidados ao estoma e pele periestomal de forma adaptada?  
 Sim ☐ Não ☐  
 ▪ Dispositivos de ostomia no momento da alta:  
 Uma Peça ☐ Duas Peças ☐

### **APÊNDICE III - Estudo de Situação**

## INTRODUÇÃO

Ao longo do estágio tive o privilégio de contactar com doentes e famílias com várias patologias oncológicas em contexto de internamento no serviço de Cirurgia Geral de um HOL, sendo que os doentes aos quais prestei cuidados tinham CCR.

O cancro é uma doença com uma elevada carga física, emocional e social, pois a representação social que dela se faz reveste-a de uma grande componente simbólica. Considerada por alguns como a patologia mais temida do mundo moderno (Pereira & Lopes, 2002). A OMS refere que o CCR é o tumor maligno mais frequente na União Europeia, perspetivando que até aos 75 anos 4% dos homens europeus e 3% das mulheres europeias o desenvolverão, (Forno, 2009), sendo o quarto tipo de cancro mais comum no mundo com uma incidência de 746 000 de homens e de 326 000 em mulheres, verificando-se o mesmo na Europa (Globocan, 2012). A Hungria é os país que apresenta maior taxa de mortalidade na Europa. (DGS, 2013)

A solução consiste por vezes na realização de uma cirurgia da qual surge uma ostomia de eliminação intestinal, que tem enorme impacto no doente pois este deparara-se “com diversas alterações em todo o seu processo de vida, que vai desde a alteração da fisiologia gastrointestinal, da autoestima, à alteração da imagem corporal. Estas transformações, por sua vez, condicionam a vida familiar, afetiva, laboral e social da pessoa ostomizada”, (Alves, 2010, p.4).

Ao longo do estágio realizado neste serviço tive a oportunidade de contactar com vários doentes oncológicos com o diagnóstico de CCR e que como é referido no parágrafo anterior, que se depararam quase em simultâneo com diversas alterações para as quais necessitam de uma adaptação.

Estes dias de aprendizagem permitiram-me identificar e compreender ainda melhor a pertinência e a importância da existência dos cuidados especializados e globalizados que facilitam a adaptação do doente oncológico à sua OEI.

Durante o estágio realizei um estudo de situação que foi desenvolvido no período de 14/10/2013 a 28/10/2013, com os objetivos de desenvolvimento de competências no cuidar de pessoas com doença crónica e dos seus cuidadores

e familiares, desenvolver competências relacionais, (estabelecer uma relação terapêutica com o doente com OEI e sua família de referência), refletir na minha prática e prestar cuidados aplicando intervenções educativas de um plano de ensino ao doente ostomizado, pretendendo efetuar um estudo de situação sobre analisando a problemática da vivência da doença oncológica e a necessária realização de uma ostomia de eliminação intestinal como consequência dela.

Tendo em conta todos os doentes que acompanhei durante o estágio decidi escolher um doente que pudesse acompanhar desde o dia de entrada no serviço no pré operatório, durante os pós-operatório e na consulta de estomaterapia, procurei ainda selecionar para o meu estudo de situação, tivesse CCR, que estivesse internado para realizar uma cirurgia intestinal pela qual viria a ser portador de uma OEI e que necessitasse das intervenções educativas de enfermagem essenciais para o seu processo de adaptação á OEI.

O doente escolhido foi Sr. A.G., cujo diagnóstico médico era Adenocarcinoma do Reto. Foi internado para realizar Ressecção Anterior do Reto por laparoscopia com colostomia,

Para isso foi sendo elaborado o processo de enfermagem com base no Modelo de Adaptação de Calista Roy, realizada a avaliação inicial, levantados os problemas de adaptação nos modos adaptativos, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação.

O trabalho foi estruturado em 3 capítulos: no presente capítulo, a Introdução, apresentada a problemática e os objetivos do trabalho; o capítulo 1, o Processo de Enfermagem, e por último capítulo 2 que contém a Conclusão, no final serão apresentadas as Referências Bibliográficas.



## **1. ESTUDO DE SITUAÇÃO DO SR. A.G.**

De acordo Costa (2009) referindo Canseco (1992), é importante efetuar um estudo da situação global da pessoa antes da intervenção, que determinará em que condição se encontra, a nível das suas necessidades, e, por sua vez, adquirir dados úteis para a planificação e educação do doente. Tal como refere Roy & Andrews (2001), o enfermeiro inicialmente deve preocupar-se com a identificação do recetor do cuidado de enfermagem, que pode ser a pessoa, a família, a comunidade ou a sociedade. Cada um destes recetores tem um sistema adaptativo holístico, em constante adaptação devido a persistentes mudanças internas e externas.

### **Colheita de dados (avaliação inicial)**

Dia 14/10 o Sr. A.G. deu entrada no serviço de Cirurgia, acompanhado, pela esposa e filha, o diagnóstico de Adenocarcinoma do Reto, (havendo já realizado Quimioterapia e Radioterapia neoadjuvante) encontrando-se proposto para cirurgia no dia 15/10/2013 para realizar Ressecção Anterior do Reto com colostomia de proteção, esta consiste: “na mobilização de uma ansa do cólon através de uma incisão no músculo reto, anterior para expor o cólon transversos. Uma incisão no músculo reto esquerdo também pode ser feita para exposição do cólon sigmoide descendente” (Meeker e Rothrock, 1997, p. 278).

O Sr. A.G. tem 67 anos, sexo masculino, raça caucasiana, mede 1,65 m e pesa 78 kg (IMC- 28,06- pré-obesidade). A sua nacionalidade é portuguesa, é natural de Torres Vedras, residência atual Vila de Freiria - Concelho de Torres Vedras. Vive numa vivenda térrea (com 3 quartos e duas casas de banho, uma com espelho alto), casado, tendo o casal uma filha. Como habilitações literárias tem a 4ª classe, era agricultor, atualmente encontra-se reformado, mas ainda tem 40 ovelhas e um terreno junto à casa que cultiva para consumo próprio. Como ocupação vê televisão, joga às cartas com os amigos no café ao Domingo e trata do campo. O Sr. A.G. tem capacidades cognitivas, físicas e psíquicas para o ensino. As pessoas significativas para ele são a esposa (Sra. M.G) a qual, segundo o Sr. A.G. “dá ânimo e força em toda a caminhada” e a filha (Sra. S. G), que reside numa vivenda junto aos pais, e que acompanhou o Sr. A.G desde o

dia de admissão no serviço. Existindo uma grande cumplicidade entre pai e filha e segundo o Sr. A.G. é o “seu grande apoio” desde o dia que teve conhecimento da doença, (foram registados os contactos de ambas na folha de registo da avaliação inicial).

Apresenta como antecedentes pessoais HTA, desde os 60 anos e neste momento faz lisinopril 10mgr 1 comprimido de manhã. Têm também Hiperplasia Benigna da Próstata, desde os 65 anos, para ao qual faz Alfozosina, 1 comprimido depois de jantar e Finasteride 1 comprimido depois de jantar. Desconhece alergias tanto alimentares como medicamentosas, faz o seu seguimento de saúde no centro de saúde da área de residência.

Quanto a antecedentes familiares, o pai faleceu com 82 anos com um AVC hemorrágico. O irmão mais velho, o Sr. A.G. tem 3 irmãos e 1 irmã, teve CCR no início de 2012, tendo sido operado realizando uma sigmoidectomia, a mãe faleceu aos 85 anos não sendo conhecidas doenças. A filha teve cancro do colo do útero em 2011, tendo realizado uma Histerectomia total com anexotomia bilateral, seguida também no hospital oncológico.

Após ter tido conhecimento que o irmão tinha tido um cancro no intestino, detetado por uma análise às fezes (PSOF) e operado em Novembro de 2012, achou por bem, em Janeiro de 2013, consultar a médica de família questionando-a se não era possível realizar a mesma análise que o irmão pelo que ela aceitou após lhe ter sido explicado o caso do irmão.

A PSOF é um exame de baixo custo mas tem especificidade e sensibilidade muito baixas com uma redução na incidência da mortalidade não superior a 20%, (Teixeira, 2009), pelo que não deveria ser o método de rastreio eleito para um doente que já têm alguns fatores de risco, pelo que o método mais indicado seria a sigmoidoscopia, (Mendes, 2008). As razões para utilizar a sigmoidoscopia (SF) como forma de rastreio, está baseada cerca de 75% dos adenomas se localizam no colon esquerdo, reduzindo-se as taxas de mortalidade entre os 60% a 80% com a utilização de este método, (Teixeira, 2009).

O resultado do exame foi positivo, tendo por esse motivo realizado em Março de 2013 uma colonoscopia que revelou um adenocarcinoma do reto. A colonoscopia é sem dúvida o meio de rastreio de eleição, pois permite o diagnóstico de mais de 25% das lesões avançadas, não detetadas por outros

rastreios, com este método foi demonstrado em vários estudos que existe uma redução na incidência de CCR em cerca de 80% (Mendes, 2008).

Foi então encaminhado pela médica de família para esta instituição, onde realizou uma consulta de Proctologia em Maio de 2013, iniciando tratamentos de quimioterapia que terminou em Setembro 2013, concomitantemente a radioterapia que terminou em Agosto de 2013. Findado o período de pausa indicado após os tratamentos, realizou nova consulta de Proctologia onde foi proposto então para realizar cirurgia no dia 15 de Outubro de 2013.

Entre as doenças tumorais, o CCR representa atualmente a segunda causa de morte por doença tumoral e contrariamente ao que se verifica na maioria dos países da Europa, a taxa de mortalidade por CCR em Portugal tem vindo progressivamente a aumentar, como tal, constitui uma importante questão de saúde pública no nosso país. Existe, vantagem terapêutica com o diagnóstico precoce a nível dos cuidados de saúde primários, estando provado que este pode reduzir a mortalidade por CCR em cerca de 20%., pelo que deva ser uma aposta por parte das entidades de saúde nomeadamente da Direcção-Geral da Saúde e as ARS, de um programa de rastreio organizado, pois a taxa de rastreios os rastreios oncológicos do CCR é de 0% em todas as ARS exceto a ARS do Alentejo que é residual, embora a DGS o considere prioritário o investimento na realização de rastreios eficazes para o CCR, para que as assimetrias regionais sejam eliminadas, (DGS, 2013).

Assim no caso do Sr. A.G. se existisse um programa de rastreio organizado, possivelmente teria sido detetado mais precocemente, até porque apresenta alguns fatores de risco associados, como são, a idade (mais de 50 anos), história familiar de carcinoma do colón (o irmão) e alimentação, (que segundo o doente é pobre em legumes e fibras, consumo de carnes vermelhas em excesso, sal e picante, referindo não ter especial cuidado com alimentação).

Um dos principais fatores de risco é a idade. Segundo Forno (2009) a incidência do CCR é de 90% na população com mais de 50 anos e apenas 4% antes dos 40. Entre os 50 e os 80 anos há 5% de hipóteses de desenvolver CCR sendo que este grupo tem um risco de 2,5 % de morrer desta doença.

Ainda há a considerar os doentes que têm CCR com antecedentes pessoais de CCR em parentes de primeiro grau, estimando-se que 15% a 25%

das pessoas com CCR tenham um envolvimento hereditário, (Sá, 2008 referindo Fauci, *et al*, 2008).

A dieta é outro fator de risco desta neoplasia. A taxa de incidência do CCR é aproximadamente 10 vezes maior nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento, o que indica que o tipo de dieta pode contribuir para mais de 80% desta diferença, embora a associação entre a dieta e o CCR continue em estudo, visto não estar completamente estabelecida uma relação causa-efeito. A recomendação relativa à prevenção do CCR inclui uma dieta rica em fibras, hortaliças, e diminuição do consumo de carnes vermelhas e gorduras, (Melo & Braga, 2003), hábitos alimentares contrários aos do Sr. A.G.

Numa segunda entrevista ao doente, pois na primeira não obtive toda a informação, por o doente ter necessidade de realizar outro tipo de cuidados associados à preparação pré-operatória, compreendi a forma como o Sr. A.G. se encontrava a encarar a situação de saúde.

Referiu que quando soube foi transmitido o diagnóstico que tinha CCR foi um choque, e que um grande sentimento de revolta para com a vida, de tristeza e ansiedade, mas após o choque inicial, encarou a situação com otimismo, pensando que tinha que lutar, apresentava-se com esperança em relação à doença oncológica, embora, e apesar de se sentir apoiado tanto pelos profissionais de saúde como pela família que ainda se estava a habituar á ideia de vir a ter como ele disse “viver com um saquinho para as fezes”[sic].

Lobão, Gaspar, Marques e Sousa (2009), referem que a pessoa ostomizada passa por um processo que se estrutura em quatro fases: fase do impacto da notícia, da adaptação inicial, da evolução da aceitação e a fase final da evolução da aceitação, sendo um processo construtivo, mas não retilíneo. A questão do medo de ser repugnante, da alteração da sua imagem corporal, do sentimento da resignação, o facto de valorizar a existência de casos semelhantes, assim como o apoio recebido e a adoção de estratégias para gerir a situação, estão presentes em todas as etapas. Constatam que perante estes resultados, há indiscutivelmente a necessidade de um trabalho de aceitação, devendo ser iniciado precocemente, recorrendo a estratégias de *coping* focadas nos problemas.

O Sr. A.G. teve em todo o percurso o apoio da filha e da esposa, que o acompanharam diariamente. Como apoio de enfermagem no pré-operatório teve a consulta pré-operatória de estomaterapia, o que segundo ele foi muito importante tendo ajudado a aliviar um pouco a ansiedade.

No dia prévio à cirurgia o doente encontrava-se ansioso, por ter que realizar novamente a preparação intestinal e pelos medos relacionados com a cirurgia em si. Explicou-me que iria ficar com uma colostomia, como lhe tinha sido referido pela enfermeira iniciou os ensinamentos a ele e à sua filha, sobre o que é uma colostomia, mas não lhe foi feita a marcação do estoma. Segundo Marques (1999, p.41), no pré-operatório, a marcação do local para a ostomia “ (...) é um aspeto fundamental para a independência do ostomizado.”.

Após a cirurgia o Sr. A.G. sempre se mostrou recetivo quando realizadas as intervenções educativas e no dia da alta já conseguia trocar o saco sozinho embora com uma supervisão. Embora no dia prévio à alta é que nos referiu os medos e as inseguranças que sentia, mencionando, que achava que “como agora tinha o saco, que não voltava a poder ir jogar às cartas com os amigos” [sic]. Compreendi que inicialmente a preocupação do doente eram poder aprender as questões práticas do cuidar do estoma e a pele periestomal, (alteração do modo adaptativo físico-fisiológico) e quando essas preocupações estavam colmatadas então verbalizou os seus outros medos e inseguranças que revelaram um problema do modo adaptativo de desempenho de papel.

A alta hospitalar é algo esperado, desejado, mas ao mesmo tempo temido pelo doente. Após ter sido identificado novo problema de adaptação num outro modo adaptativo foi estabelecido um diálogo com o doente envolvendo também a esposa e a filha onde entre todos foram encontradas estratégias para promover assim nova capacidade adaptativa nas questões da autoestima e relação social. Tal como preconizam os cuidados centrados no doente, segundo Lopes (2011, p.17) estes “implicam a partilha da responsabilidade com os doentes em aspetos tão importantes como o autocuidado e o acompanhamento da terapêutica juntamente com as ferramentas e o suporte de que necessitam para realizar essa responsabilidade”

Para os doentes com CCR, o facto de terem que incorporar a OEI nas suas vidas, implica que necessitam de adquirir habilidades cognitivas e

comportamentais para a adaptação à nova realidade, que não se circunscreve a uma alteração da fisiologia gastrointestinal implicando alterações na autoestima e imagem corporal, da intimidade e sexualidade, causando mudanças nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais do ostomizado, (Bechara et al., 2005). Na maioria dos doentes ostomizados as alterações psicológicas que acontecem são consequência das próprias crenças dos indivíduos, (Ferreira, Seíça & Moraes, 2009).

## **Problemas de adaptação nos modos adaptativos**

### Modo adaptativo físico-fisiológico

**Oxigenação:** doente com respiração mista, de média amplitude, FR- 13-16. Necessidade não se encontrou alterada durante o internamento. No primeiro dia pós-operatório foi-lhe realizada pelo fisioterapeuta cinesioterapia respiratória.

**Nutrição:** no domicílio doente realizava uma alimentação variada, pobre em fibras, com algum teor de sal e por vezes picantes e ingestão de carnes vermelhas, pelo menos numa refeição por dia. Não apresentava prótese dentária mantendo a dentição completa, sem alterações na deglutição. Independente ao longo do internamento. A dieta foi sendo alterada ao longo do internamento devido à cirurgia e à realização da colostomia. Foram realizados ensinamentos sobre a alimentação ao doente e à família pela nutricionista do serviço tendo sido entregue um folheto, após foi validado o conhecimento junto do doente, esposa e filha esclarecendo dúvidas (confeção de alimentos, tipo de alimentos e duração do tipo de dieta), foi também reforçada a importância da ingestão de água e de proteínas (carne e peixe).

**Eliminação vesical/fecal:** A nível da eliminação vesical, o doente é independente, nas várias micções/dia, de urina clara, com jato diminuído (devido à sua hiperplasia benigna da próstata). Anteriormente evacuava diariamente, fezes moldadas. Agora, apresenta uma colostomia, (necessidade de conhecimentos no cuidar do estoma e da pele periestomal) para a qual foi realizada educação para cuidados ao estoma e pele periestomal ao longo do internamento, no dia da alta doente adaptado na troca do saco e ao cuidado do estoma e da pele periestomal (foi colocado sistema de peça única).

**Higiene/Integridade da pele Cutânea:** Independente no domicílio, tomando duche uma vez por dia ao levantar. Na entrada, pele e mucosas, coradas e hidratadas. Gosta de desfazer a barba diariamente, apresenta pouco cabelo (alguma calvície, cortado e limpo). Durante o pós-operatório, foi passando progressivamente de ajuda total na higiene para independente (no 1ª dia foi ajuda total no leito até ao 4º dia em que o doente realizou a sua higiene no wc de forma independente, com supervisão de enfermagem). No banho embora não tivessem verbalizadas duvidas, foi aproveitado o momento para ensinar como os cuidados a ter com o estoma, pele periestomal, saco e placa no sempre que efetuasse os cuidados de higiene.

À saída o Sr. A.G, era independente no cuidado de higiene, apresentando pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta a nível abdominal feridas cirúrgicas (sem sinais inflamatórios, com boa evolução cicatricial e com agrafes e pontos de nylon) e a colostomia (no quadrante inferior esquerdo).

**Atividade:** Doente independente no domicílio. Durante o internamento foi progredindo de ter necessidade de ajuda total até ser independente na movimentação (no 1º dia pós operatório fez o primeiro levante para o cadeirão com tolerância, no 2º dia realizou treino de marcha com ajuda parcial (com o fisioterapeuta) e a partir do 3º dia doente independente (com supervisão de enfermagem) para se movimentar. No momento da alta doente independente com amplitude dos membros superiores e inferiores mantida, sem problemas nas articulações das mãos, que o impeçam ou dificultem o manuseamento dos dispositivos de ostomia.

**Repouso.** O Sr. A.G. dorme em media 5-6 horas por noite, deitando-se pelas 0h00 e levantando-se pelas 5-6 horas da manhã. Durante o internamento não teve esta necessidade alterada.

**Sentidos.** O Sr. A.G. apresenta-se sem alteração na audição e visão.

#### Modo adaptativo de identidade de autoconceito de grupo

Após o 1º dia pós-operatório o Sr. A.G. quis ver o estoma, ficando desde logo interessado por aprender como cuidar dele. Referiu que a ansiedade que tinha antes da cirurgia foi diminuindo com o passar dos dias. No último dia apresentava-se com algum sentimento de insegurança por ir para casa mas feliz

e confiante que conseguiria cuidar do estoma e pele periestomal, sabendo também que podia contar com a ajuda da esposa e da filha se necessário.

O Sr. A.G. não apresentou alteração neste modo adaptativo.

#### Modo adaptativo de desempenho de papel

O doente referiu que iria manter as suas atividades no campo e com os animais, mas por que por apresentar a colostomia, o Sr. A.G. referiu que já não poderia voltar a jogar às cartas com os amigos, sentindo medo da alteração da sua vida social. O problema identificado foi a possibilidade de por apresentar a OEI leve o doente ao isolamento social. O que revela que a vivência do ser ostomizado desencadeou o aparecimento de constrangimentos sociais interferindo no seu estilo de vida levando ao desaparecimento dos seus momentos de lazer (jogar às cartas e encontrar-se com os amigos).

O Sr. A.G. apresentou alteração neste modo adaptativo, pelo que necessitou intervenções educativas que promovessem a sua adaptação. Foram elaboradas estratégias, ajudado a diminuir as respostas negativas (inefetivas), favorecendo as vivências por forma a não ter de alterar a sua vida social.

#### Modo adaptativo de interdependência

O Sr. A.G. vive com a esposa de 62 anos em casa própria, tem uma filha, com quem tem uma excelente relação de amor e cumplicidade, vivendo esta na casa ao lado da dele, que têm sido o “o meu grande apoio ao longo desta caminhada”[sic].

O aparecimento da doença oncológica e posteriormente a necessidade de realização da OEI fez com que segundo o doente os laços de amor e afeição entre ele a esposa e a filha de amor e afeição foram reforçados. Estas têm um papel importante na promoção da sua adaptação.

Desde o início que a família foi alvo das intervenções educativas dos enfermeiros. A esposa e a filha ajudaram a reforçar os aspetos positivos fazendo esquecer o doente dos aspetos os negativos, estando presente no planeamento de estratégias essenciais ao processo de adaptação do doente com OEI.

É essencial para o sucesso do processo de adaptação à ostomia que os familiares sejam envolvidos no plano assistencial do doente desde a fase pré-



operatória (Paula, Takahashi & Paula, 2009). Para o desenvolvimento da adaptação e retorno às atividades, o apoio da família é fundamental, ajudando a que o processo de recuperação pós-operatório seja mais fácil e rápido, (Silva & Shimizu, 2006).

Como diagnóstico de enfermagem foram identificadas alterações no modo adaptativo físico-fisiológico e no modo adaptativo de desempenho de papel.

### **Intervenções de enfermagem ao longo do internamento**

No dia 14/10 foi feito acolhimento ao doente, realizada avaliação inicial, foram realizados ensinamentos pré-operatórios, tendo iniciado dieta líquida a partir do almoço até às 0 horas (após ficou em jejum). Realizou também a preparação intestinal.

No 2º dia 15/10, o Sr. A.G. foi ao bloco operatório em segundo tempo operatório por volta das 11h00, tendo regressado do recobro diretamente para o SO pelas 18h00. Realizou como previsto, Ressecção Anterior do Reto por laparoscopia com colostomia, sob anestesia geral. O SO é onde os doentes passam as primeiras 24 horas para vigilância hemodinâmica e para controlo da dor. Iniciou às 22h00 água aos goles como dieta que tolerou.

No dia 16/10 o Sr. A.G. encontrava-se no primeiro dia pós-operatório. Doente apresentava-se calmo, consciente e orientado, pele e mucosas coradas e hidratadas.

Foram prestados os cuidados de higiene e conforto no leito, realizada vigilância dos pensos abdominais (encontravam limpos e íntegros). Apresentava um dreno aspirativo com conteúdo sero-hemático no quadrante inferior esquerdo.

A colostomia apresentava o estoma proeminente edemaciado, rosado, sem sinais de isquemia.

Foram colocadas novamente as meias anti trombóticas, e por se apresentar hemodinamicamente estável, (TA – 135/78mmhg, FC – 82 ppm, T- 36,6°C FR- 16cpm e Dor – 2), foi realizado o primeiro levante com tolerância do doente.

Iniciou ao pequeno-almoço uma dieta líquida (bebeu um chá açucarado) tendo tolerado. Pelas 14h00 foi transferido para a enfermaria. Teve a visita da

esposa, da filha e do genro. Ao jantar iniciou dieta pastosa tendo tolerado, e após foi transferido do cadeirão para o leito.

No segundo dia pós-operatório (17/10) depois do pequeno-almoço, o Sr. A.G. realizou levante com ajuda parcial (TA -125/78 mmhg, FC- 82 ppm, Fr – 16cpm e T- 36,8°C e dor- 2) e foram prestados os cuidados de higiene no chuveiro com ajuda parcial, sendo que após foi realizado o tratamento às feridas cirúrgicas (ficando expostas com boa evolução cicatricial, sem sinais inflamatórios), e ao dreno (que drenava conteúdo seroso em pequena quantidade). Foi então iniciado treino de marcha no corredor pelo fisioterapeuta. Ao almoço iniciou dieta mole sem resíduos, ingerindo ½ da dieta, realizado ensino sobre a alimentação pela dietista do serviço.

A colostomia (estoma rosado, húmido, edemaciado, sem sinais de isquemia) começou a funcionar de gases em pequena quantidade.

No dia 18/10 (3º dia pós operatório) o doente apresentava-se adaptado no que concerne ao modo adaptativo fisiológico exceto na questão da eliminação intestinal (colostomia).

Ao longo deste dia a colostomia como tinha começado a funcionar em pequena quantidade de fezes semilíquidas, foram então realizadas outras intervenções educativas (cuidados com o estoma e a pele periestomal, foi fornecido suporte em papel, o livro que de uma marca de material de ostomia, ensino de como trocar o saco de colostomia, cuidados com a alimentação, reforçado o ensino que tinha sido realizado previamente pela dietista).

Foi então que o doente admitiu que tinha medo de não poder voltar a jogar às cartas com os amigos (modo adaptativo da função do papel alterado), fora, elaboradas estratégias, ajudando-o a diminuir as respostas negativas (inefetivas), favorecendo as vivências por forma a não ter de alterar a sua vida social.

Teve também a visita da assistente social.

No último dia de internamento (19/10) foi realizado tratamento às feridas cirúrgicas (a nível abdominal, apresentavam boa evolução cicatricial, sem sinais inflamatórios mantendo a totalidade dos agraques e suturas de nylon) e removido dreno, ficando com penso no local.

Foi realizada a avaliação das intervenções educativas, o doente realizou na presença da filha sobre a troca do saco autonomamente com supervisão, e respondidas as dúvidas do doente e da filha tinham. Após o almoço o doente teve alta clínica e saiu acompanhado pela filha e a esposa (o doente não levou carta de alta de enfermagem porque no serviço não existe e o processo do doente é enviado para a consulta).

No dia 28/10 o Sr. A.G. foi à 1ª consulta de estomatoterapia do pós-operatório (que tive a oportunidade de observar) acompanhado pela filha.

Verifiquei que se encontrava muito animado. Referiu que em casa já é ele que cuida de si, sem necessidade do apoio da esposa ou da filha, quando questionado sobre a alimentação, referiu muito feliz que já tinha comido uma sopa com legumes verdes sem qualquer alteração do trânsito intestinal. Referiu que já tinha ido ao café no Domingo embora por um curto espaço de tempo, ainda não conseguiu ficar a jogar às cartas mas como ele disse “vai pouco a pouco, já foi bom ter conversado com alguns amigos” [sic] e em conversa com um dos amigos percebeu que também tinha uma colostomia, a troca de experiências foi um elemento facilitador para a resolução do problema de adaptação, tendo assim um exemplo que era possível manter a sua vida social tal como o amigo.

Aquando a observação do estoma este já se encontrava menos proeminente e oval, corado e húmido e de menor tamanho, funcionante de fezes moles. A pele periestomal encontrava-se íntegra sem lesões e bem cuidada.

Quando terminou a consulta, ficou com uma nova agendada para os 15 dias sub sequentes.

O apoio dos profissionais de saúde em todo o percurso de adaptação à nova condição de vida, ter uma OEI, são fundamentais para facilitar a adaptação ao processo de doença e à OEI, desenvolvendo estratégias de resolução de problemas (promover respostas adaptativas) auxiliando-o a estabelecer metas realistas (identificando os comportamentos inefetivos e os que necessitam de reforço) envolvendo a família em todo o processo e encaminhando o doente para os apoios existentes na comunidade.

De acordo com Amorim, Ferreira & Gabriel (1997, p.10): “a aceitação de uma ostomia não se obtém de ânimo leve. O acompanhamento é muito importante, para que (...) possa haver uma reintegração «total» no meio social.”

Um dos aspetos importantes para a adaptação da família à doença e à OEI é a capacidade de redefinição dos papéis familiares e escolha dos cuidadores.

Segundo Cascais, Martini, Almeida (2007, p.166). “ao longo de diversos estudos é colocado que o apoio da família à pessoa ostomizada é fundamental, sendo determinante para a aceitação da ostomia e conseqüentemente para o seu processo de reabilitação e adaptação.”

Para Cerezetti (2012, p.337) “situações em que a ostomia se faz necessária levam a família a enfrentar incertezas, inseguranças, tristeza, negação, medo da perda, antecipação do luto e muitas vezes aproximações. Exige-se que a família reorganize sua estrutura de funcionamento, tendo em vista os cuidados que devem ser prestados ao paciente. “

Já para Marques (1999, p.40) “para a família, o facto de poder ajudar é um elemento que diminui o impacto criado pela globalidade da situação. Impõe-se a sua integração tendo em conta os fatores socioculturais: condições básicas de higiene e conforto, nível cultural e capacidade de aprendizagem.”.

Apesar de a família dever ser envolvida no processo terapêutico, deve apenas substituir o doente se este se encontrar numa situação de impossibilidade total e nunca numa tentativa de substituição, (Costa, 2009).

Pois a pessoa ostomizada e a sua família precisam de tempo e de apoio para se adaptarem à nova realidade, para desenvolverem habilidades para o cuidado de forma independente de modo a permitir-lhe o regresso ao seu quotidiano, assumindo as relações familiares e os seus papéis sociais, (Ferreira, Seica & Morais, 2009).

Durante a avaliação inicial, a filha como a esposa do Sr. A.G., referiram que o impacto da notícia de que o doente tinha CCR e que iria ficar colostomizado chocou a família, tal como tinha acontecido no ano anterior com a filha, mas que rapidamente ultrapassaram a fase inicial, tendo sempre em mente que o importante seria dar o melhor apoio ao Sr. A.G.

As estratégias de adaptação tomadas, por esta família foi a alteração de alguns papéis, foi a esposa que enquanto o marido teve necessidade de realizar

os tratamentos de QT e RT e agora a cirurgia se encarregou dos animais e do campo, e a filha acompanhou o pai todos os dias dos tratamentos.

Ao longo do acompanhamento desde o pré operatório até ao momento da alta a filha e a esposa estiveram presente no ensino do cuidado ao estoma e pele periestomal. Segundo o Sr. A.G. elas têm sido o grande apoio ao longo de todo o processo.

É importante que para prestar cuidados de maior qualidade é essencial que se promovendo a articulação de serviços e a continuidade de cuidados na comunidade à pessoa e família.

No caso do Sr. A.G. como já foi referido, previamente ao internamento teve uma consulta com a enfermeira estomaterapeuta e durante o internamento teve o acompanhamento da equipa multidisciplinar (enfermagem, médica, assistente social e dietista, fisioterapeuta) sendo que após a alta já tinha a data da marcação da nova consulta de estomaterapia (10 dias após).

Os recursos existentes na comunidade são no caso do Sr. A.G. é o centro de saúde da freguesia onde reside conjuntamente com a consulta de estomaterapia do desta instituição.

## **2 - CONCLUSÃO**

Este estudo de situação foi importante para a minha evolução enquanto aluna, e enquanto enfermeira. O facto de o realizar ajudou-me a desenvolver competências de enfermeiro especialista, pois pude estabelecer uma relação terapêutica com um doente oncológico e com os seus cuidadores, tendo prestado cuidados com o objetivo de facilitar o processo de adaptação à doença oncológica e mais concretamente à ostomia de eliminação intestinal, tendo sempre respeitado a sua autonomia e singularidade individual.

Para que as intervenções educativas sejam individualizados deve-se realizar de uma correta avaliação inicial, levantamento dos problemas nos modos adaptativos, implementação de intervenções de enfermagem e após uma avaliação final.

Esta experiência tornou-se marcante no meu percurso académico, pois percebi a complexidade envolvida no período de adaptação da pessoa com OEI ao seu novo modo de viver, e a importância da atuação da enfermagem na ajuda para a aquisição de habilidades e competências necessárias para a sua adaptação.

Neste sentido, compreendo que qualquer pessoa, ao se tornar ostomizada, apresenta um complexo sistema adaptativo, nem sempre sendo capaz de se reestruturar face aos novos acontecimentos da vida, é uma pessoa que detém características muito próprias, quanto ao seu comportamento e às suas reações, daí que o papel do enfermeiro é fundamental para o seu restabelecimento, apoiando-o, (Serrano & Pires, 2005).

Um dos aspetos que mais me surpreendeu ao longo da prestação de cuidados ao doente com OEI foi a importância que a família teve para ajudar a adaptação deste doente. A grande ligação que existia entre todos e o sentimento de apoio mútuo.

Menezes & Quintana (2008, p. 14) referem que “a família é, primordialmente, o elemento mais próximo do ostomizado, pois tem o dever moral de ser o primeiro apoio. Deve ser envolvida no processo terapêutico, com o consentimento do mesmo, já que conhece quais são os hábitos, gostos e

preferências do paciente, fornecendo informações importantes na execução de um plano.”

Foi importante para mim acompanhar a atuação das enfermeiras especialistas (tanto a do internamento como a da consulta de estomaterapia). Foi essencial compreender que o ensino deve ser realizado de uma forma abrangente e individualizado, tendo em conta que a unidade recetora de cuidados é sempre o doente e/ou a família.

O processo de adaptação é complexo, como tal o enfermeiro através de intervenções educativas deve ser capaz de potencializar aspetos favoráveis para uma adequada adaptação.

Foi escolhido o modelo de adaptação de Roy por este se apresentar como o referencial teórico adequado para este estudo de situações, pois para ela enfermagem deve promover a saúde do indivíduo de forma a potencializar a interação da pessoa com o ambiente, obtendo assim, respostas adaptativas

Após refletir sobre esta situação, e pensar em concreto neste doente e sua família, questiono-me quantos doentes e famílias como esta, em condições muito similares, passaram pelo meu serviço, sem que todos os problemas de adaptação fossem identificados. Realizar o acompanhamento desde doente e família ajudou-me a compreender a importância que têm os cuidados de saúde individualizados, mais especializados, melhorando a qualidade.

Permitiu-me desenvolver competências, conseguindo atingir uma prestação de cuidados assegurando que os direitos, crenças e desejos do indivíduo e das suas famílias fossem tidos em conta, compreendendo o impacto da doença oncológica e OEI tiveram para este doente e sua família e os apoios tanto no internamento como após a alta tem no processo de adaptação e como suporte.

Ajudou-me também a pensar na minha prática, refletindo sobre as experiências, verificando o que está bem e o que é passível de mudar, promovendo assim a construção novas competências, para o melhor cuidar.

### 3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. (2010). *A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.
- Amorim, A. P.; Ferreira, J. e Gabriel M. (1997). O doente ostomizado – papel do enfermeiro. *Enfermagem*. 5 (2). 7-10.
- Bechara, R. et al (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 25 (2). 146-149.
- Cascais, A.; Martini, J. & Almeida, P. (2007). Impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (1), 163-7.
- Cerezetti, C. (2012). Orientações Psicológicas e capacidade reativa de pessoas ostomizadas e seus familiares. *O Mundo da Saúde*, 36 (2), 332-339.
- Costa, M. (2009). *A educação para a saúde e a sua importância na melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Ferreira, A.C.; Seça, A. & Moraes, I. (2009). Pessoa ostomizada. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. 20. 3-6.
- Forno, S. (2009). *O cancro colo-rectal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portugueses*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Globocan (2012). Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. *WHO*. Acedido: 17-07-2014. Disponível em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)



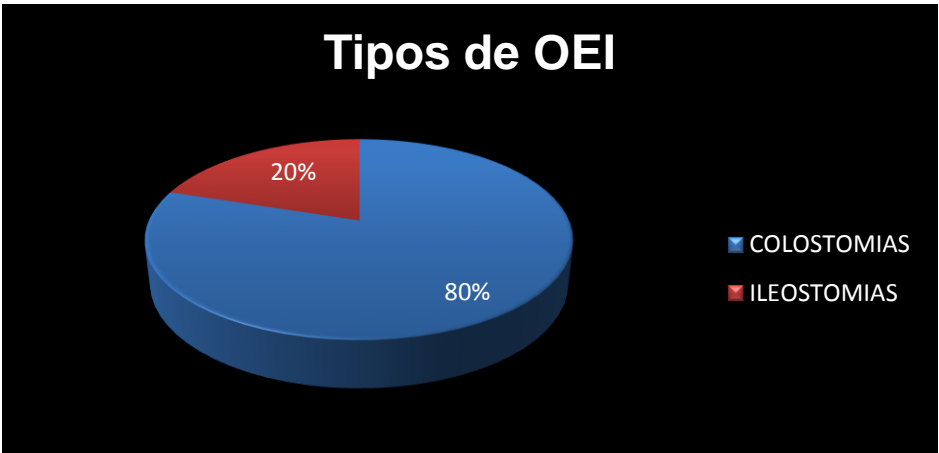
- Lobão, C.; Gaspar, M.; Marques A. & Sousa, P. (2009). Aceitando a contranatura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referencia*, 2 (11), 23-37.
- Lopes, C. (2011). *Cuidados centrados no doente em Oncologia*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mestrado em Enfermagem Oncológica. Universidade do Porto. Porto.
- Macedo, L. M. V. S. (2006). Educação para a alta à pessoa com ostomia. *Revista Sinais Vitais*, 67, 51-53.
- Marques, G. (1999). Pré-operatório: informação e preparação psicológica e física do ostomizado. *Liga dos Ostomizados de Portugal*. 38-42.
- Meeker, M. H.; Rothrock, J. C. (1997). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 10ª ed., Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Melo, M. & Braga R. (2003). Rastreio do cancro do cólon e do recto. *Rev Port Clin Geral*, 19, 471-82.
- Mendes V. 2008. Prevenir o cancro do cólon e do recto. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 15 (4) 153-155.
- Menezes, A. P. S. & Quintana, J. F. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21 (1), 13-18.
- Nerici, I. (1987). *Metodologia do ensino - uma introdução*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Paula, M.; Takahashi, R. & Paula, P. (2009). The sexuality meanings for people with permanent bowel ostomy. *Revista Brasileira Coloproctologia*, 29 (1), 77-82.

- Pereira, M.G. & Lopes, G. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *The Roy adaptation model: the definitive statement*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Sá, P. (2008). *Cancro do colon e recto*. Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Covilhã.
- Santos, C. (2012). *O processo de (re) construção da identidade da pessoa estomizada à luz do modelo de adaptação de Roy*. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a obtenção de Pós Graduação em Enfermagem. Rio Grande
- Serrano, C. M.; Pires, P. M. D. F. (2005). Enfermeiro e o doente ostomizado. *Revista Nursing*, 203, 34 - 41
- Silva, A. L. & Shimizu, H. E. (2007). A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 307-311.
- Teixeira, A. (2009). Pólipos e cancro do cólon e recto. *ArquiMed*, 23 (6), 209-216.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5.<sup>a</sup> ed.), Loures: Lusociência
- Valadão, M. & Castro L. (2007). Colorectal hereditary. *Rev.Col. Bras. Cir*, 34 (3), 193-200.

**APÊNDICE IV** - Consultas de estomaterapia realizadas por tipo de OEI realizadas no período de ensino clínico de 11/11/2013 a 18/12/2013

**Quadro com o tipo de OEI observados na consulta de estomaterapia**

<div>Tipo de Ostomia</div> <div>Doente</div>	COLOSTOMIA	ILEOSTOMIA
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7		X
8	X	
9	X	
10		X
11	X	
12	X	
13	X	
14		X
15	X	

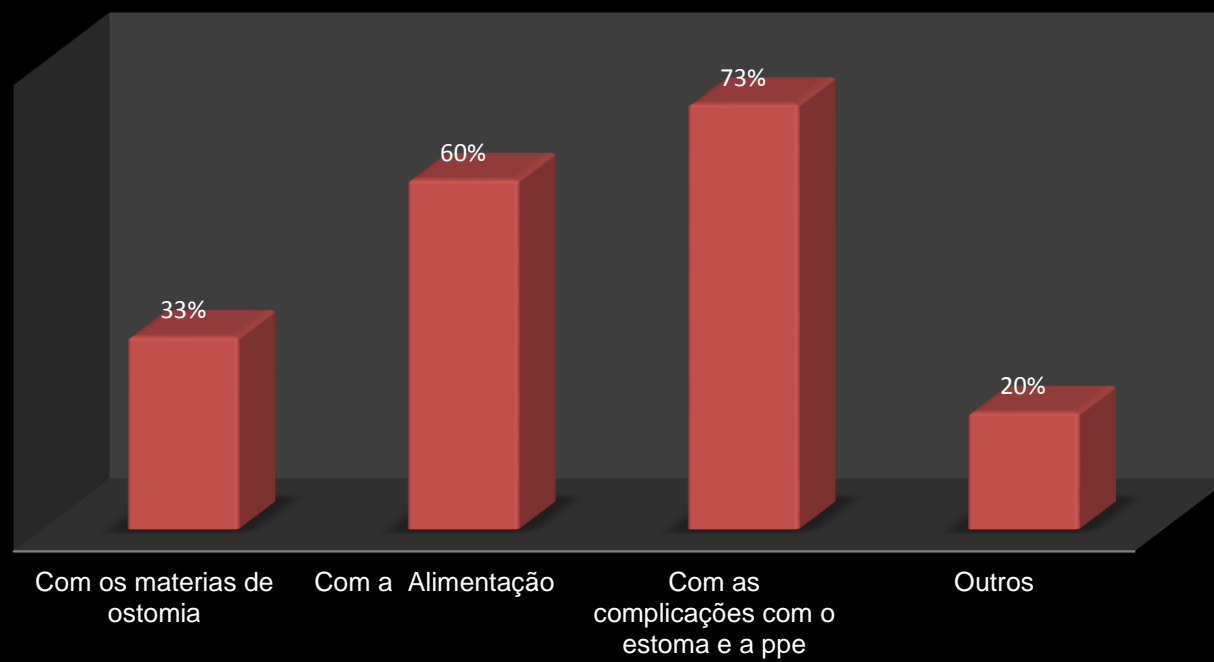


**APÊNDICE V** - Problemas de adaptação apresentados pelas pessoas com OEI na consulta de estomaterapia

**Quadro com os problemas de Adaptação á OEI na consulta de observados na consulta de estomaterapia.**

<b>Problemas de adaptação Doentes</b>	<b>Com os materiais de ostomia</b>	<b>Com a alimentação</b>	<b>Com as complicações com o estoma e pele periestomal</b>	<b>Outros</b>
<b>1</b>	X	X	X	x
<b>2</b>		X	X	
<b>3</b>		X		
<b>4</b>			x	
<b>5</b>		X		
<b>6</b>	X	X	x	
<b>7</b>	X		x	
<b>8</b>		X	x	
<b>9</b>				x
<b>10</b>		X		x
<b>11</b>		X	x	
<b>12</b>	X	X	x	
<b>13</b>			x	
<b>14</b>			x	
<b>15</b>	X		x	

## Problemas de Adaptação à OEI



**APÊNDICE VI** - Problemas de adaptação com as complicações tardias da OEI apresentadas na consulta externa de estomaterapia



**Quadro com o tipo de complicações tardias da OEI apresentadas pelos doentes acompanhados na consulta Estomaterapia**

<b>Complicações</b> <b>Doente</b>	<b>Dermatite</b>	<b>Hérnia periestomal</b>	<b>Invaginação</b>	<b>Prolapso</b>	<b>Granulomas</b>	<b>Sem complicações</b>
1			X			
2					X	
3						X
4		X				
5						X
6			X			
7	X		X			
8					X	
9						X
10						X
11					X	
12		X				
13	X				X	
14				x		
15					X	

**Tipo de complicações tardias das OEI  
apresentadas pelos doentes na consulta de  
estomaterapia**



**APÊNDICE VII** - Folheto sobre os “Direitos da pessoa ostomizado”  
para a consulta externa Estomaterapia de um HOL

A pessoa ostomizada é considerada pessoa com deficiência, dentro dos parâmetros definidos, quer pela Organização Mundial de Saúde, quer pela Lei n.º 9/89, de 2 de Maio (Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Em todo o mundo existem milhões de pessoas ostomizadas. Todas elas já passaram ou estão a passar por um período de conhecimento, aprendizagem e adaptação a uma nova realidade. Juntas partilham consigo muitas das necessidades, dúvidas e inseguranças.

Existem a nível nacional e internacional várias instituições preocupadas com o seu bem-estar e segurança.

Enfermeiros, médicos e assistentes sociais podem ajudá-lo a conviver, de uma forma saudável, com a sua ostomia.

Neste folheto, encontrará alguma informação que o pode ajudar. Porém para qualquer dúvida, informe-se junto da sua equipa de saúde, sobre os recursos que tem disponíveis e os seus direitos de acompanhamento e apoio na aquisição dos seus dispositivos.

## Contactos e Localização

Telefone :  
Email:

## Horário

De Segunda a Sexta das 15h00 às 17h00

Equipa:

**Direitos  
da Pessoa  
Ostomizada**



CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

## Direitos do Ostomizado

- Receber aconselhamento pré-operatório de forma a assegurar que está devidamente informado sobre os benefícios da cirurgia e dos factos essenciais sobre a qualidade de vida com um estoma.
- Ter um estoma apropriadamente posicionado, tendo a conta a sua anatomia.
- Receber cuidados médicos e cuidados de enfermagem especializados e informação no período pré-operatório e pós-operatório, no hospital e na comunidade.
- Receber suporte informação sobre a inclusão da família, cuidadores e amigos, nos cuidados, de forma a se potencializarem as condições e as mudanças necessárias para a aquisição de uma qualidade de vida satisfatória.
- Ter suporte emocional.
- Receber de forma imparcial as informações sobre os produtos de ostomia disponíveis no país.
- Ter um acesso livre a produtos e acessórios de ostomia.
- Ter informação sobre os serviços Nacionais de apoio ao ostomizado.
- Estar protegido contra a discriminação.

International Ostomy Association



## Recursos Disponíveis na Comunidade

**Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE**  
Tel: 214348200

**Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE**  
Liga dos Amigos do Hospital Distrital do Barreiro  
Tel: 212147300

**Hospital Garcia de Orta, EPE**  
Tel: 212940294

**Hospital de Setúbal**  
Tel: 265523278

**Liga Portuguesa Contra o Cancro**  
Núcleo Regional do Sul  
Tel: 217264099 / 217271241

**Associação Portuguesa de Ostomizados**  
Tel: 218310587

**Centro Hospitalar das Caldas da Rainha**  
Tel: 262830300

**Hospital do Litoral Alentejano**  
Tel: 269818100

**Hospital de Santarém**  
Tel: 243370220

**Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**  
Abrantes – Hospital Doutor Manoel Constâncio  
Tel: 241360700

**Centro Hospitalar de Lisboa Central**  
Hospital de São José  
Tel: 218841000

**Hospital Curry Cabral**  
Tel: 217324200

**Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**  
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja  
Tel: 284310200

**Hospital de Vila Franca de Xira**  
Tel: 263006500

## Empresas Produtoras e Fornecedoras de Dispositivos



**SALTS**  
HEALTHCARE



**APÊNDICE VIII** - Sessão de formação para sobre os Direitos dos Doentes  
Ostomizados para a “Reunião das 4<sup>as</sup>” da equipa de enfermagem na  
consulta externa

REUNIÕES DAS 4<sup>AS</sup>

## Direitos dos Doentes Ostomizados

Elaborado por:  
Cláudia Medeiros  
18/12/2013

### Direitos do Doente Ostomizado

- Receber aconselhamento pré-operatório de forma a assegurar que está devidamente informado sobre os benefícios da cirurgia e dos factos essenciais sobre a qualidade de vida com um estoma.
- Ter um estoma apropriadamente posicionado, tendo a conta a sua anatomia.
- Receber cuidados médicos e cuidados de enfermagem especializados, no período pré-operatório e pós-operatório, no hospital e na comunidade.



## Direitos do Doente Ostomizado

- ◉ Receber suporte informação sobre a inclusão da família, cuidadores e amigos, nos cuidados, de forma a se potencializarem as condições e as mudanças necessárias para a aquisição de uma qualidade de vida satisfatória.
- ◉ Ter suporte emocional.
- ◉ Receber de forma imparcial as informações sobre os produtos de ostomia disponíveis no país.



## Direitos do Doente Ostomizado

- ◉ Ter um acesso livre a produtos e acessórios de ostomia.
- ◉ Ter informação sobre os serviços Nacionais de apoio ao ostomizado.
- ◉ Estar protegido contra a discriminação.

International Ostomy Association





## Direitos do Doente Ostomizado

O direito a Protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

A pessoa ostomizada é considerada pessoa com deficiência, dentro dos parâmetros definidos, quer pela Organização Mundial de Saúde, quer pelo Decreto-Lei n.º 225/97, de 27 de Agosto (Composição e Competências do Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência).

## Benefícios do Doente Ostomizado



## Benefícios do Doente Ostomizado



## Recursos de Apoio na Comunidade

### Hospitais com Consulta de Estomaterapia

Hospital Prof.  
Doutor Fernando  
Fonseca, EPE

Centro Hospitalar do  
Medio Tejo, EPE  
Abrantes

Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE  
Hospital Jose Joaquim  
Fernandes–Beja

Hospital de  
Santarém, EPE

Hospital do Litoral  
Alentejano, EPE

Centro Hospitalar das  
Caldas da Rainha,  
EPE

Centro Hospitalar de  
Lisboa Central  
Hospital de São José  
Hospital Curry Cabral

## Recursos de Apoio na Comunidade

### Liga dos Amigos – fornecimento de diapositivos

Hospital Garcia de Orta,  
EPE- Liga dos Amigos

Centro Hospitalar de  
Setúbal, EPE

Centro Hospitalar Barreiro  
Montijo, EPE

Liga Portuguesa Contra o  
Cancro

Associação Portuguesa de  
Ostomizados

## Empresas Fornecedoras de Dispositivos



**Stomacare**  
Enfermagem Médica

Cuidados Integrals à  
Pessoa **Ostomizada**

Linha Azul **808 203 374**  
<http://www.stomacare.pt>



**Tequal.Comvis**

Linha Gratuita  
**800 208 964**  
Tm.: 967 393 150

Horário: Dias úteis (de 2ª a 6ª) das 10 às 18 horas  
Site: [www.tequalcomvis.pt](http://www.tequalcomvis.pt) - Email: [info@tequalcomvis.pt](mailto:info@tequalcomvis.pt)



ASPT - PRODUTOS DE SAÚDE  
COOPERATIVA DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

**800 20 78 99**  
Chamada Grátis

- Apoio aos Ostomizados
- Serviço gratuito
- Entrega ao domicílio

## BIBLIOGRAFIA

- ⦿ Associação Portuguesa de Ostimizados (2013). Acedido em 2-12-2013. Disponível em:  
<http://www.apostomizados.pt/pt/item/3-legislacao/94-legislacao-sobre-pessoas-com-deficiencia-aplicavel-aos-ostomizados>
- ⦿ Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (1989) Diário da República I Série, N.º 100 (02-02-1989). Acedido em 2-12-2013. Disponível em:  
<http://www.dre.pt/pdf1s/1989/05/10000/17961799.pdf>
- ⦿ United Ostomy Associations of America, INC (2013). Acedido em 2-12-2013. Disponível em:  
[http://www.ostomy.org/ostomy\\_info/bill\\_of\\_rights.shtml](http://www.ostomy.org/ostomy_info/bill_of_rights.shtml)

**OBRIGADO**

**APÊNDICE IX** - Guia de ensinos ao doente ostomizado da consulta externa de estomaterapia.

## GUIA DE ENSINOS AO DOENTE OSTOMIZADO

### Consulta de Estomaterapia

Vinheta do doente

Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_

Cirurgia Realizada: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_

#### Pessoa Significativa/Cuidador

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### Unidade de Saúde

Centro de Saúde/Hospital/Outro: \_\_\_\_\_ Enfº Responsável: \_\_\_\_\_

#### Capacidades Sensoriais/ Motoras/ Cognitivas:

Visual: \_\_\_\_\_ Auditivas: \_\_\_\_\_ Destreza Manual: \_\_\_\_\_

Memória: \_\_\_\_\_ Compreensão: \_\_\_\_\_ Retenção de Informação: \_\_\_\_\_

#### Integração na Consulta:

☐ Integração na Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pré Operatório ☐ Urgência ☐

☐ Entrega de Informação Escrita \_\_\_\_\_

☐ Técnica de Irrigação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Tipo de Estoma/Permanência:

Temporário ☐ Definitivo ☐

Ileostomia ☐ Fístula Mucosa ☐

Colostomia ☐ Transversostomia ☐

Urostomia ☐ Nefrostomia ☐ PEG ☐

#### Complicações:

Granuloma ☐ Prolapso ☐

Estenose ☐ Hérnia ☐

Dermatite ☐ Deiscência ☐

Outro : \_\_\_\_\_

#### Memorando para intervenções de enfermagem

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reações Emocionais</li> <li>- Observação do estoma</li> <li>- Cuidados ao estoma/pele periestomal</li> <li>- Possíveis complicações e intervenções</li> <li>- Higiene do estoma e pele periestomal</li> <li>- Material necessário</li> <li>- Bolsa de segurança</li> <li>- Dispositivos adequados</li> <li>- Medição do estoma e recorte dos dispositivos</li> <li>- Aplicação do dispositivo</li> <li>- Frequência de mudança do dispositivo</li> <li>- Cuidados com o material retirado</li> <li>- Início do auto-cuidado</li> <li>- Autonomia no auto-cuidado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração nos hábitos de vida diários:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentação</li> <li>Eliminação</li> <li>Dormir</li> <li>Vestuário</li> <li>Higiene</li> <li>Alterações da imagem corporal</li> <li>Comunicar/sexualidade</li> <li>Ocupação/recreação</li> </ul> </li> <li>- Aquisição de dispositivos</li> <li>- Benefícios fiscais</li> </ul> |
|--|--|

[illegible]

**APÊNDICE X** - Parametrização do plano de ensino ao doente com OEI e sua família no sistema CIPE® /SAPE no serviço de Cirurgia Geral



# Parametrização do plano de ensino ao doente com OEI e sua família no sistema CIPE® /SAPE no serviço de cirurgia geral de um HL

SClinico - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

http://samsapev2.7778/forms90/f90servlet?config=sclnico\_java

Live Search

Favoritos

SClinico

Janela

Internamento - Ent(a) CLAUDIA ELISABETE OLIVEIRA MEDEIROS

Sar Bloq. Av. Info. Proc. Presc. M. Dia. Transf. Vigil. Alm. Alertas Alergias Alta Mens. Ingres. PDS. M. Util.

Quinta-Feira, 13-02-2014

**Processo de Enfermagem**

SERVIÇO DE INTERNAMENTO

CIRURGIA GERAL

Unidade

Doentes internados em 13-02-2014

RELATÓRIOS

proc.tot proc.ent av.inic. o.transf med.24h vig.24h

Doentes internados

DADOS DO DOENTE

Nº Processo Nome Nº Internamento Nº utente Cama

DADOS COMPLEMENTARES

Centro de saúde Enfermeiro de família

CASCAIS

Médico de família Enfermeiro de referência

Admissão

Adm. Programada Prov. CONSULTA EXTERNA

Doentes Distribuídos

Nº Processo	Nome	Entrada	Hora	Enfermaria	Cama
358				358	514
358				358	515
358				358	516
358				358	517
358				358	518
505				505	519
505				505	520
505				505	521
505				505	522
505				505	523
505				505	524

Informação

8 dias pós-operatório - Ressecção Abdomino-Perineal Do Recto

Record: 26/35

<OSC>

- Gestão tabelas sistema
- Gestão tabelas enfermagem
- Parametrização p/ serviço
- Gestão SCDE
- Distribuição de Doentes
- Classificação do Doente
- Resumo Diário
- Relatório Diário
- Auditorias Internas
- Auditorias Externas
- Relatórios SCDE

Concluído

Intranet Local

17:51

SClinico - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

http://samsapev2.7778/forms90/f90servlet?config=clinico\_java

Favoritos

SClinico

Janela

Internamento - Enfer(a) CLAUDIA ELISABETE OLIVEIRA MEDEIROS

Processo de Enfermagem

Doente

N.º Processo Nome Saída a 13-02-2014 Idade 77 anos

Fenómenos frequentes

Agitação

Alimentar-se

Ansiedade

Aprendizagem de Habilidades

Aspiração

Confusão

Conhecimento

Deambular

Diarreia

Dispneia

Edema

Eritema

Eritema de Fraldas

Foco de Atenção

	Data	Hora	Data	Hora
x Auto Controlo: Continência Intestinal	04-02-2014	11:34		
x Auto Cuidado: Higiene	05-02-2014	10:40		
x Auto Cuidado: Uso do Sanitário	05-02-2014	10:40		
x Dor	05-02-2014	10:40		
x Ferida Cirúrgica	05-02-2014	10:41		
x Ferida Cirúrgica	06-02-2014	15:02		
x Gestão do Regime Terapêutico	04-02-2014	11:37		
x Posicionar-se	05-02-2014	10:41		
x Transferir-se	05-02-2014	10:41		
x Ventilação	07-02-2014	11:48		

Responsável início Claudia Elisabete Oliveira Medeiros Responsável termo

Status Termo Intervenções

Diagnóstico de enfermagem

04 Feb 11:34 aprendizagem de habilidades para utilizar o equipamento: colostomia no auto controlo: continência intestinal não demonstrado

Módulo Episódio Serviço Data/Hora entrada Nº Cama

INT 14002799 UCINTER CIR.GERAL 13-02-2014 / 16:26 horas 10B

Record: 1/10

Concluído

Iniciar Home page - Aplicaçõ... SClinico - Windows In... PT 17:39

SClinico - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

http://samsapev2.7778/forms90/f90servlet?config=clinico\_java

Favoritos

SClinico

Janela

Internamento - Enfer(a) CLAUDIA ELISABETE OLIVEIRA MEDEIROS

Intervenções de enfermagem

DOENTE

N.º Processo Nome Saída a

Intervenções

Vigiar abdómen

Vigiar a refeição

Assistir no auto cuidado: higiene

Assistir a pessoa na transferência

Assistir a pessoa no posicionamento

Ensinar sobre equipamento: colostomia

Ensinar sobre hábitos de exercício

Trocar o saco de colostomia

Responsável início Responsável

Horário

☐ Sem Horário ☐ de x em x dias

☐ de x em x horas ☐ S.O.S

☐ dia(s) e hora(s) fixa(s) ☐ Turno Fixo

☐ dia(s) e turno(s) fixos ☒ hora fixa

☐ Agora

Módulo/Episódio Episódio Serviço

INT 14002799 INT HE

Intervenções Superadas face aos Fenómenos

Tipo Fenómenos e atitudes terapêuticas

Auto Controlo: Continência Intestinal

Ensinar sobre equipamento: colostomia

Ensinar sobre hábitos alimentares

Ensinar sobre hábitos de eliminação intestinal

Ensinar sobre hábitos de exercício

Ensinar sobre sinais de complicações

Instruir a utilização do equipamento: colostomia

Orientar para serviços de saúde

Providenciar material de leitura

Treinar a utilização do equipamento: colostomia

Trocar o saco de colostomia

Trocar o saco de ostomia

Trocar placa de ostomia

Seleção

☒ Sugeridas ☐ Todas

Descrição

Trocar é um tipo de Executar com as características específicas: Substituir uma coisa por outra.

ESPECIFICAÇÕES

Data início 13-02-2014 Hora início 17:48

Data termo Hora termo

Termo Espec.

Record: 10/12

Concluído

Iniciar Home page - Aplicaçõ... SClinico - Windows In... PT 17:49

SClinico - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

http://samsapev2.7778/forms90/f90ervlet?config=sclnico\_java

SClinico

Janela

Internamento - Ent(a) CLAUDIA ELISABETE OLIVEIRA MEDEIROS

Quinta-Feira, 13 de Fevereiro de 2014

**Serviço de Internamento**

CIRURGIA GERAL II A

Unidade

Doentes internados em 13-02-2014

**RELATÓRIOS**

proc.tst proc.ent av.info. o.transf med.24h vig.24h

**DADOS DO DOENTE**

Nº Processo Nome Nº Internamento Nº utente Cama

14002799 522

**DADOS COMPLEMENTARES**

Centro de saúde Enfermeiro de família

CASCAIS

Médico de família Enfermeiro de referência

**Admissão**

Adm. Programada Prov. CONSULTA EXTERNA

**Doentes Internados**

Doentes Distribuídos

Nº Processo	Nome	Entrada	Hora	Enfermaria	Cama
358				514	
358				515	
358				516	
358				517	
358				518	
505				519	
505				520	
505				521	
505				522	
505				522	
505				523	
505				524	

**Informação**

8 dias pós-operatório - Ressecção Abdomino-Perineal Do Recto

Record: 26/35

Concluído

Iniciar Home page - Aplicaç... SClinico - Windows In... PT 17:54

SClinico - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

http://samsapev2.7778/forms90/f90ervlet?config=sclnico\_java

SClinico

Janela

Internamento - Ent(a) CLAUDIA ELISABETE OLIVEIRA MEDEIROS

**Mapa de Cuidados**

Nº Processo Nome Idade 77 anos Turno 08h-16.30h Data 12-02-2014

Com Horário Sem Horário

Realizada	N. realizada	Nota	Medicação	Dose	Realizada	N. realizada	Nota	Análises

Realizada	N. realizada	Nota	Exames

Realizada	N. realizada	Nota	Atitudes terapêuticas
			Sinais Vitais (12-02)
			Cateterismo Periférico (12-02)
			Soroaterapia (12-02)

Realizada	N. realizada	Nota	Intervenções
			Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter (12-02)
			Executar tratamento ao local de inserção do dreno (12-02)
			Vigiar a eliminação de líquido através do dreno (12-02)
			Executar tratamento à ferida cirúrgica - B (12-02)
			Vigiar ferida cirúrgica - B (12-02)
			Vigiar penso da ferida cirúrgica - B (12-02)
			Vigiar estoma (12-02)
			Vigiar a pele periférica ao estoma (12-02)
			Vigiar abdómen (12-02)

**Especificações**

Data e hora início

**Observações**

Data e hora termo

**Módulo** INT **Episódio** 14002799 **Serviço** I CIRURGIA GERAL II A **Data/Hora entrada** 13-02-2014 / 16:26 horas **Nº Cama** 522

Record: 24/26

Concluído

Iniciar Home page - Aplicaç... SClinico - Windows In... PT 17:55

SClinico - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

http://samsapev2.7778/Forms90/90servelet?config=sclinico\_java

Favoritos

SClinico

Janela

Internamento - Enf(a) CLAUDIA ELISABETE OLIVEIRA MEDEIROS

Mapa de Cuidados

Bar Bloq Imprim Salvar Copiar Colar List.val Pesq Exec. Cancela Inserir Remover Duplo Form

N.º Processo Nome Idade 77 anos Turno 08h-16.30h Data 12-02-2014

Com Horário Sem Horário

Realizada	N.º	realizada	Nota	Medicação	Dose	Realizada	N.º	realizada	Nota	Análises

Realizada	N.º	realizada	Nota	Atitudes terapêuticas	Realizada	N.º	realizada	Nota	Exames
				Sinais Vitais (12-02)					
				Cateterismo Periférico (12-02)					
				Soroterapia (12-02)					

Realizada	N.º	realizada	Nota	Intervenções	Realizada	N.º	realizada	Nota	Dieta
				Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter (12-02)					
				Executar tratamento ao local de inserção do dreno (12-02)					
				Vigiar a eliminação de líquido através do dreno (12-02)					
				Executar tratamento à ferida cirúrgica - B (12-02)					
				Vigiar ferida cirúrgica - B (12-02)					
				Vigiar penso da ferida cirúrgica - B (12-02)					
				Vigiar estoma (12-02)					
				Vigiar a pele periférica ao estoma (12-02)					
				Vigiar abdómen (12-02)					

Especificações

Data e hora início

Observações

Data e hora termo

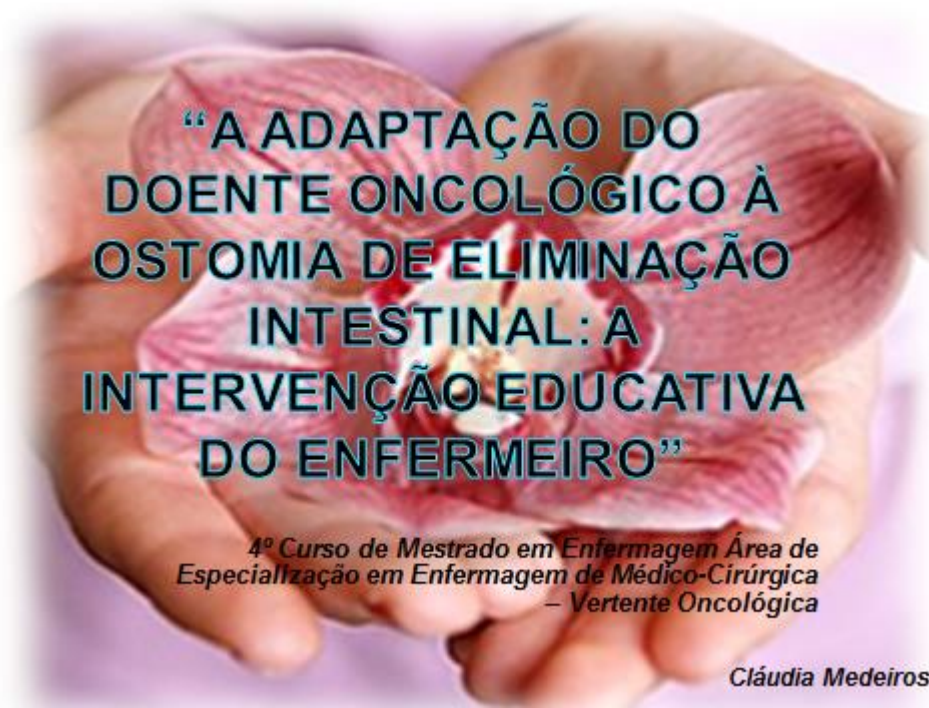
Módulo	Episódio	Serviço	Data/Hora entrada	N.º Cama
INT	14002799	CIRURGIA GERAL II A	13-02-2014 / 16:26 horas	522

Record: 25/26

Concluído

Iniciar Home page - Aplicaçõ... SClinico - Windows In... Novo Documento do ... PT 17:56

**APÊNDICE XI** - Sessão de formação no serviço de cirurgia geral de um HL com o tema: “A Adaptação do Doente Oncológico à Ostomia de Eliminação Intestinal: a Intervenção Educativa do Enfermeiro”



# **“A ADAPTAÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO À OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: A INTERVENÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO”**

*4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de  
Especialização em Enfermagem de Médico-Cirúrgica  
– Vertente Oncológica*

*Cláudia Medeiros*

## **OBJECTIVOS**

1. Apresentar aos enfermeiros do serviço o projecto da especialidade;
2. Transmitir conhecimentos sobre as intervenções educacionais do enfermeiro, que contribuem para a adaptação do doente com OEI, tendo por base a prática baseada na evidência científica;
3. Expor os resultados das auditorias realizados no serviço, com base nos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela OE;
4. Apresentar aos enfermeiros do serviço o registo das intervenções em linguagem CIPE;
5. Solicitar aos enfermeiros do serviço colaboração na implementação do Projecto.

# Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem

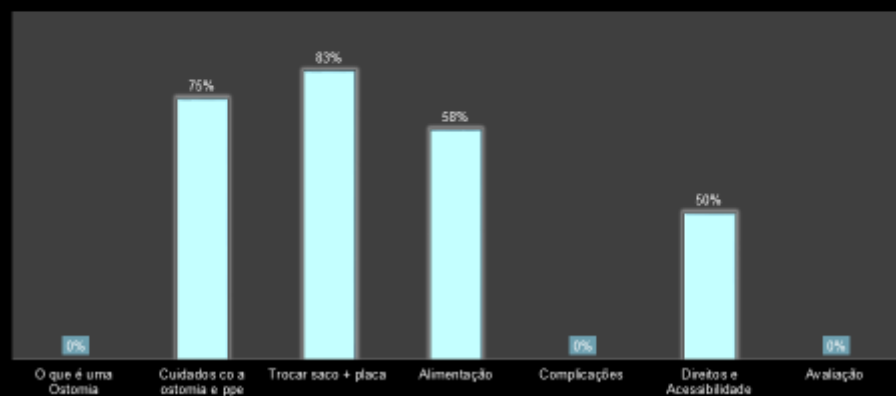
"Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização da actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores-frequentemente através de processos de aprendizagem."

OE- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ( 2001, 11)

Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem		Indicadores		
Enunciados Descritivos	Elementos	Estrutura	Processo	Resultados
<p><b>A Readaptação Funcional</b></p> <p>Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde</p>	<p>- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;</p> <p>- O planeamento de alta dos clientes internados em instituições de saúde de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;</p> <p>- O máximo aproveitamento do recurso dos diferentes recursos da comunidade;</p> <p>A optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;</p> <p>O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.</p>	<p>- Planos de ensino estruturados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• doente com Sida</li> <li>• doente diabético</li> <li>• doente com AVC</li> <li>• doente com DPOC</li> <li>• doente Otolomizado</li> </ul> <p>- Folhetos informativos ex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVC</li> <li>• Doente mastectomizado</li> <li>• Doente laringectomizado</li> <li>• Doente otomizado</li> </ul>	<p>- nº de doentes alvo de planeamento de alta;</p> <p>- nº de doentes notificados ao CS para visita domiciliar</p>	<p>- Evolução do Índice de Barthel ou MIF</p>

## Resultados da auditoria aos registo do ensino ao doente com OEI

Auditoria aos Registo Ensino Doente com OEI de Janeiro a Maio 2013



## O Que é uma Ostomia Eliminação Intestinal

As palavras ostomia, ostoma, estoma são de origem grega. Significam boca ou abertura e são utilizadas para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo. A técnica da ostomia consiste na abertura de um órgão por meio de um acto cirúrgico, formando uma boca ou abertura que passa a ter contacto com o meio exterior para eliminações de secreções, fezes e/ou urina.

Gemelli & Zago, 2002

Quando o segmento exteriorizado faz parte do intestino delgado, assume a designação de jejunostomia e ileostomia, e do intestino grosso (cólon), assume a designação de colostomia, constituindo todas elas OEI.

Gemelli & Zago, 2002



## TIPOS DE OEI



## Cuidados com a OEI e Pele Peristomal

### Observação do Estoma e Pele Peristomal

- Cor
- Tamanho
- Forma
- Integridade da Mucosa
- Humidade
- Invaginado, Proeminente ou Raso
- Inteira / Ulcerada

## TROCAR O DISPOSITIVO

- Reunir material para a mudança do dispositivo
- Higiene das mãos
- Remover placa aplicada
- Higiene do estoma e ppe
- Observação do estoma e ppe
- Medição do estoma
- Desenho do molde na placa
- Recorte da placa
- Aplicação do dispositivo de ostomia
- Uma peça / Duas peças
- Aplicação da placa
- Adaptação do saco
- Verificar a aderência da placa/adaptação do saco à placa
- Cuidados com o dispositivo retirado e material utilizado
- Higiene das mãos

## COMPLICAÇÕES PÓS OPERATORIAS

### ◉ Invaginação



### ◉ Prolapso



### ◉ Dermatite



### ◉ Estenose



## COMPLICAÇÕES PÓS OPERATORIAS

Edema



Isquemia e Necrose



Hérnia peristomal



## ALIMENTAÇÃO

- A alimentação deve ser iniciada de uma forma gradual (líquida, pastosa, mole, ligeira) após prescrição médica, numa fase inicial (durante o internamento) deve ser sem resíduos, mas deve-se ensinar o doente quando deve iniciar a introdução de alimentos com resíduos (3 a 4 semanas pós cirurgia).
- Pedir apoio à dietista, para executar um plano personalizado para cada doente.



## DIREITOS E ACESSIBILIDADE

A pessoa ostomizada é considerada pessoa com deficiência, dentro dos parâmetros definidos, quer pela Organização Mundial de Saúde, quer pelo Decreto-Lei n.º 225/97, de 27 de Agosto (Composição e Competências do Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência).

## DIREITOS E ACESSIBILIDADE

- Receber suporte informação sobre a inclusão da família, cuidadores e amigos, nos cuidados, de forma a se potencializarem as condições e as mudanças necessárias para a aquisição de uma qualidade de vida satisfatória.
- Ter suporte emocional.
- Receber de forma imparcial as informações sobre os produtos de ostomia disponíveis no país.



## DIREITOS E ACESSIBILIDADE

- Receber aconselhamento pré-operatório de forma a assegurar que está devidamente informado sobre os benefícios da cirurgia e dos factos essenciais sobre a qualidade de vida com um estoma.
- Ter um estoma apropriadamente posicionado, tendo a conta a sua anatomia.
- Receber cuidados médicos e cuidados de enfermagem especializados, no período pré-operatório e pós-operatório, no hospital e na comunidade



## Fases do Ensino



## REGISTO EM LINGUAGEM CIPE

### Focos

- Auto Controlo: Continência intestinal
  - Conhecimento não demonstrado em relação aos cuidados à ostomia
  - Conhecimento não demonstrado pelo prestador de cuidados em relação aos cuidados à ostomia.
- Ostomia

## Fases do Ensino

### Pós –operatório

#### 1º Etapa

- Ensinar sobre o equipamento de ostomia (peça única ou 2 peças);
- Ensinar sobre os cuidados de higiene à ostomia;
- Ensinar sobre a frequência da eliminação;
- Ensinar sobre a autovigilância;
- Ensinar sobre a prevenção de complicações;
- Ensinar sobre a dieta;
- Instruir o prestador de cuidados sobre os cuidados à ostomia;
- Esclarecer dúvidas.

## Fases do Ensino

### 2ª Etapa

- Assistir sobre o uso e equipamento de ostomia;
- Assistir nos cuidados de higiene à ostomia;
- Incentivar ao autocuidado;
- Incentivar o prestador de cuidados nos cuidados à ostomia;
- Treinar sobre o uso de equipamento;
- Incentivar à autovigilância;
- Esclarecer dúvidas.

## Fases do Ensino

### 3ª Etapa

- Supervisionar uso de equipamento de ostomia;
- Supervisionar os cuidados de higiene à ostomia;
- Planear apoio no ambulatório;
- Informar onde adquirir dispositivos de ostomia;
- Esclarecer dúvidas.

# Fases do Ensino

## Alta

No dia da alta são esclarecidas todas as dúvidas ao doente e família;

É entregue o kit de ostomia, conforme a adaptação do doente, um molde com varios tamanhos para aplicar no corte da placa.

# AVALIAÇÃO DO ENSINO

" a tomada de decisão de enfermagem, deve englobar quatro entidades principais: os dados de apreensão inicial, os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem, os dados referentes aos status dos diagnósticos (isto é, objectivos / resultados esperados), as intervenções de enfermagem e a **avaliação sistemática** dos resultados / da evolução do cliente."

"Processo de Enfermagem", entendido como um processo que, embora dinâmico, interactivo e holístico, é sistemático e inclui seis subprocessos ou estádios: avaliação inicial, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento de cuidados, implementação e **avaliação(...)**"



## CONCLUSAO

Compete ao enfermeiro que acompanha o doente no pré e pós operatório até ao momento da alta, facilitar a adaptação da pessoa á sua nova condição de vida, com base numa relação de ajuda e por **actividades educativas abrangentes** com enfoque nos aspectos técnicos, sociais e profissionais e na adaptação à nova vida íntima do indivíduo.

Aíves (2010) referindo (Martins, 2004; Silva & Rodrigues, 2005)

“registos/documentação de enfermagem, para além da obrigação legal que eles acarretam, a essência dos registos é “promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços”

Figueiroa-Rêgo,(2003 p 40).

Sendo a CIPE, uma linguagem classificada para ser utilizada por enfermeiros, simplifica a comunicação entre profissionais, uma vez que há uniformização da mesma, anulando interpretações ambíguas, ajuda a desenvolver a investigação em enfermagem, dando visibilidade às práticas dos enfermeiros, contribuindo para a qualidade dos cuidados, num processo que se une com a formação contínua para a melhoria e enriquecimento da profissão

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009)

A classe de enfermagem é o grande grupo profissional na área da saúde, na questão dos ensinios, intervenção autónoma, os enfermeiros são os que criam mais informação clínica tornando-a acessível nos sistemas de informação.

Não obstante, como refere Pinto (2009) confirma-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, incipiente, inviabilizando a sua descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alves, R. (2010) - *A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal- contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real

Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14 (1), 74-81.

Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*, 7, 34 – 47.

Gemelli, L., & Zago, M. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (1), 34-40.  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistema de Informação de Enfermagem – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Acedido 17-06-2013. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

Pinto, L. (2009). Sistemas de Informação e profissionais de Enfermagem. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real

Silva, M. C., & Rodrigues, M. (2005). O ensino ao colostomizado. *Revista Sinais Vitais*, 58, 26-29.

Burch, J. (2011). Stoma management: enhancing patient knowledge. *British journal of community nursing*. 16(4). 162, 164, 166

Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing*. 21(22). 1234-1238

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. 1-19  
acedido em 17-01-2014. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Readding, L. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British journal of Nursing*. 14 (16). 16-20

Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-203

Simões, I. (2002). Cuidados de Enfermagem ao Doente Ostomizado. *Revista Referencia*. 9. 75-80

Shabbir, J. & Britton, DC (2010). Stoma complications: a literature overview. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 12(10). 958-964  
DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x

Associação Portuguesa de Ostomizados (2013). Acedido em 2-12-2013. Disponível em:

<http://www.apostomizados.pt/pt/item/3-legislacao/94-legislacao-sobre-pessoas-com-deficiencia-aplicavel-aos-ostomizados>

Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (1989) Diário da República I Série, N.º 100 (02-02-1989). Acedido em 2-12-2013. Disponível em:

<http://www.dre.pt/pdf1s/1989/05/10000/17961799.pdf>

United Ostomy Associations of America, INC (2013). Acedido em 2-12-2013. Disponível em:

[http://www.ostomy.org/ostomy\\_info/bill\\_of\\_rights.shtml](http://www.ostomy.org/ostomy_info/bill_of_rights.shtml)

**APÊNDICE XII - Folheto “Direitos e Benefícios da Pessoa Ostomizada”**

### Habitação

Condições especiais de crédito a pessoas com grau de deficiência igual ou superior a 60% (decreto-lei n.º 230/80, de 16 de Julho);

Esquema de juros idêntico ao que vigora para os trabalhadores das instituições Bancárias ou de Crédito;

### Saúde

Isenção de pagamento de taxas moderadoras para doentes do foro oncológico e pessoas portadoras de algumas deficiências;

Comparticipação de próteses e ortóteses (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro) entre os 100% a 80% a nível da ADSE (Dec.Lei n.º 118/93, de 25 de Fevereiro, e Despacho de 16 de Janeiro de 1961 da Secretaria de Estado do Orçamento), de 90% a nível de Serviço Nacional de Saúde, com limite de 2euros e 2,5euros por cada saco (Despacho n.º 25/95, de 14 de Setembro, do Ministério da Saúde).

**Emprego e Formação Profissional** (decreto-lei n.º 40/83, de 25 de Janeiro)

Apoio técnico por parte do IEFP aos promotores de programas relativos à reabilitação profissional de pessoas com deficiência (decreto-lei n.º 247/89, de 5 de Agosto) – subsídios, prémios, criação de empresas;

Flexibilidade de horário permitida aos funcionários com deficiência (decreto-lei n.º 187/88, de 27 de Maio, alterado pelo decreto-lei n.º 159/96, de 4 de Setembro).

**Serviço de Cirurgia Geral**

**Tel:**

**Localização :**

**Elaborado por :** Enf<sup>a</sup> Cláudia Medeiros

## Pessoa Ostomizada

### Benefícios e Direitos



## Direitos do Ostomizado

- Receber aconselhamento pré-operatório de forma a assegurar que está devidamente informado sobre os benefícios da cirurgia e dos factos essenciais sobre a qualidade de vida com um estoma.
- Ter um estoma apropriadamente posicionado, tendo a conta a sua anatomia.
- Receber cuidados médicos e cuidados de enfermagem especializados e informação no período pré-operatório e pós-operatório, no hospital e na comunidade.
- Receber suporte informação sobre a inclusão da família, cuidadores e amigos, nos cuidados, de forma a se potencializarem as condições e as mudanças necessárias para a aquisição de uma qualidade de vida satisfatória.
- Ter suporte emocional.
- Receber de forma imparcial as informações sobre os produtos de ostomia disponíveis no país.
- Ter um acesso livre a produtos e acessórios de ostomia.
- Ter informação sobre os serviços Nacionais de apoio ao ostomizado.
- Estar protegido contra a discriminação.

International Ostomy Association



## Recursos Disponíveis na

### **Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE**

Liga dos Amigos do Hospital Distrital do Barreiro

Tel: 212147300

### **Liga Portuguesa Contra o Cancro**

Nucleo Regional do Sul

Tel: 217264099 / 217271241

### **Associação Portuguesa de Ostomizados**

Tel: 218310587

### **Centro Hospitalar das Caldas da Rainha**

Tel: 262830300

### **Hospital do Litoral Alentejano**

Tel: 269818100

### **Hospital de Santarem**

Tel: 243370220

### **Centro Hospitalar do Medio Tejo, EPE**

Abrantes – Hospital Doutor Manoel Constâncio

Tel: 241360700

### **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**

### **Hospital José Joaquim Fernandes– Beja**

## Benefícios

*A pessoa ostomizada é considerada pessoa com deficiência, dentro dos parâmetros definidos, quer pela Organização Mundial de Saúde, quer pela Lei n.º 9/89, de 2 de Maio (Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência)*

### **Transportes**

Isenção de imposto automóvel, se deficiência motora igual ou superior a 60%, ou multideficiência igual ou superior a 90%.(decreto-lei n.º 103-A/90, de 22 de Março alterado pelo decreto-lei n.º 259/93, de 22 de Julho e Lei n.º 10-B/96;

Atribuição, pela Direcção-Geral de Viação, de dístico de identificação a quem o requisitar ( Portaria n.º 878/81, de 1 de Outubro.);

Isenção de utilizar cinto de segurança por razões graves de saúde (mediante atestado médico passado pela autoridade de saúde da área de residência segundo o modelo aprovado pelo Despacho n.º 43/94).

### **Fiscalidade**

IRS - concessão de isenções e de deduções acrescidas, quer na determinação do rendimento colectável, quer nas deduções à colecta;

IVA – benefícios na importação de veículos ligeiros de

### **APÊNDICE XIII – Instruções de como realizar o registo na CIPE® /SAPE**

## **Instruções para o registo na CIPE® /SAPE das intervenções educativas de enfermagem ao doente com OEI**

### **Ensino ao Doente**

#### **Processo de Enfermagem**

**Fenómeno:** Auto Controlo: Continência Intestinal

**Status:** Aprendizagem de Habilidades para utilizar o equipamento de colostomia

Não demonstrado

Demonstrado

**Intervenções:** todas as apresentadas na lista que dizem respeito ao doente devem ser levantadas no início e colocadas em SOS exceto **Vigiar o estoma** e **Vigiar a perfusão do estoma** que deve ser colocado sem horário.

**Quando executadas cada uma das intervenções deve ser anexada uma nota de avaliação do ensino.**

### **Ensino ao Prestador de Cuidados**

#### **Processo de Enfermagem**

**Fenómeno:** Auto Controlo: Continência Intestinal

**Status:** Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para utilizar o equipamento de colostomia

Não demonstrado

Demonstrado

**Intervenções:** todas as apresentadas na lista que dizem respeito ao prestador de cuidados devem ser levantadas desde o primeiro dia e colocadas em SOS.

**Quando executadas cada uma das intervenções deve ser anexada uma nota de avaliação do ensino.**



**APÊNDICE XIV** - Caracterização dos doentes oncológicos com OEI  
internados no serviço de cirurgia geral de um hospital de Lisboa

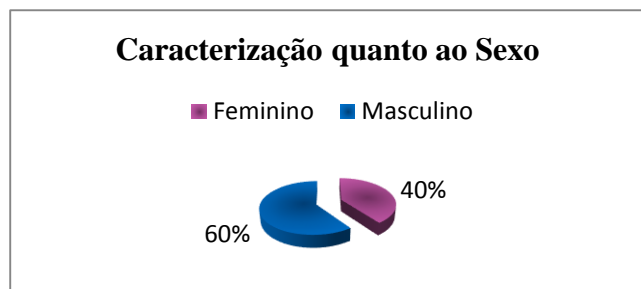
## Caracterização dos doentes oncológicos com OEI internados no serviço de cirurgia geral de um hospital de Lisboa

### 1º. Caracterização quanto à idade

Doente	Idade (anos)
1	64
2	78
3	77
4	36
5	59
$\bar{x} = 62,8$	

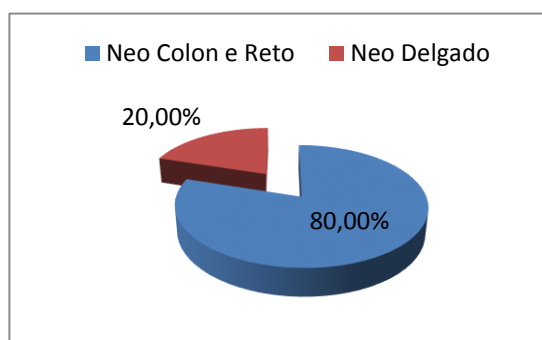
### 2º. Caracterização quanto ao Sexo

	Nº de doentes
Feminino	2
Masculino	3



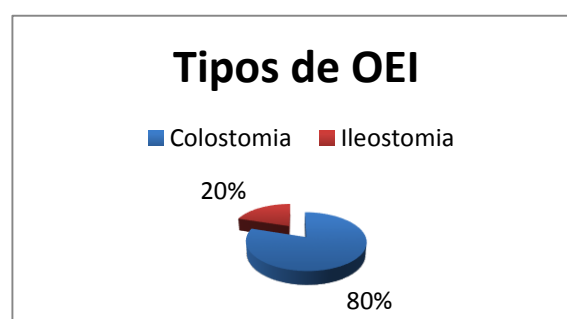
### 3º. Caracterização quanto à patologia oncológica

Patologia	Nº de Doentes
Neoplasias Colon e Reto	4
Neoplasias Intestino Delgado	1



### 4º. Caracterização quanto ao tipo de OEI

	Nº de Doentes
Colostomia	4
Ileostomia	1



**APÊNDICE XV** - Resultados da auditoria aos registros de enfermagem no período Janeiro-Fevereiro de 2014

## Auditoria aos registos de enfermagem período Janeiro-Fevereiro de 2014

Ensinos Doentes	o que é uma ostomia	Cuidados com a ostomia e a pele periestomal	Trocar saco e placa	Alimentaça o	Complicaçõe s	Direitos e acessibilidade	Avaliação
1	N	N	N	N	N	N	N
2	N	S	S	N	S	N	S
3	S	S	S	S	S	S	S
4	S	S	S	S	S	S	S
5	S	S	S	N	N	N	S

S – registo do ensino realizado

N – não realizado registo do ensino

## Auditoria aos registos de enfermagem no período Janeiro-Fevereiro de 2014

Nº de registos do ensino realizados x 100

5

o que é uma ostomia :  $\frac{3}{5} \times 100 = 60 \%$

os cuidados coma ostomia e a pele periestomal  $\frac{4}{5} \times 100 = 80 \%$

trocar saco mais placa:  $\frac{4}{5} \times 100 = 80 \%$

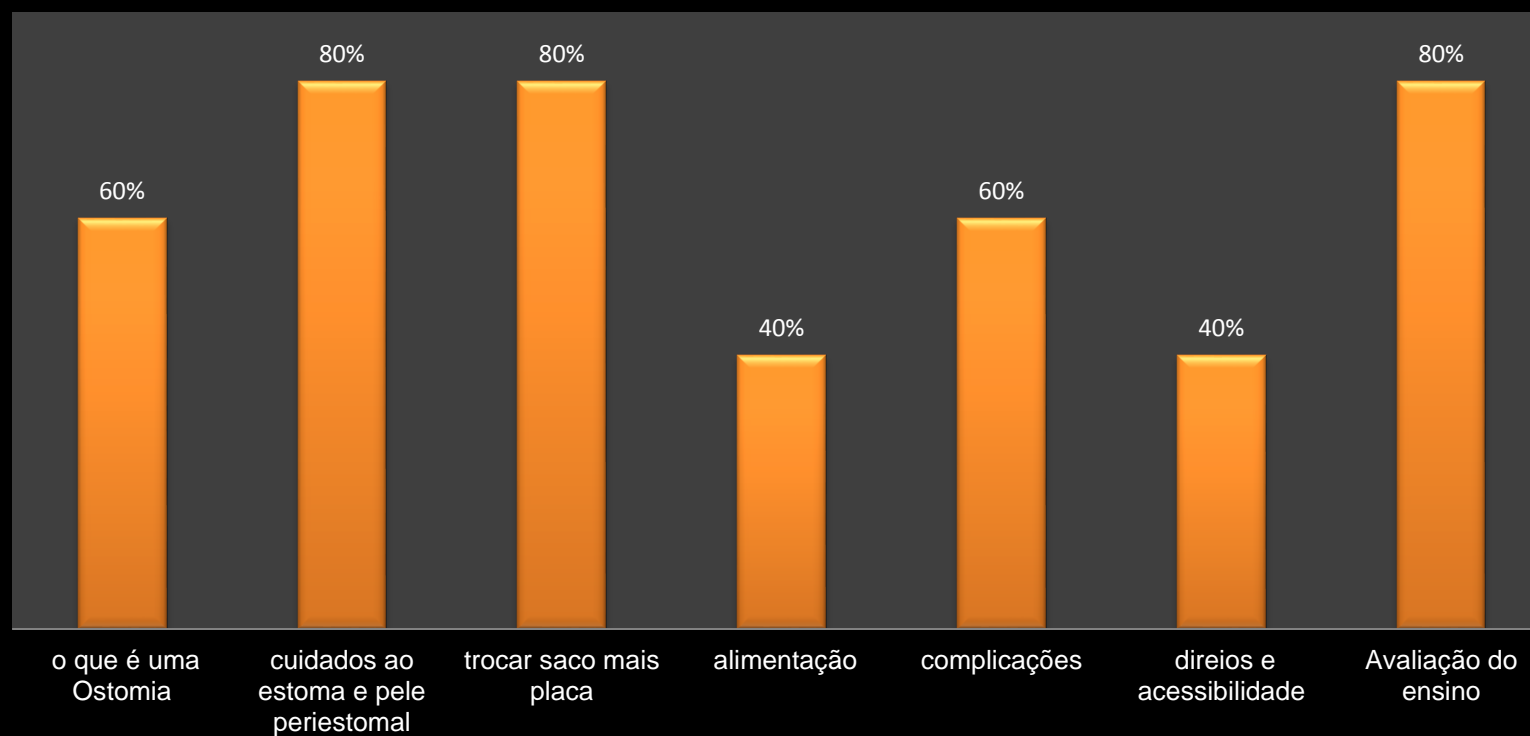
Alimentação :  $\frac{2}{5} \times 100 = 40\%$

Complicações:  $\frac{3}{5} \times 100 = 60 \%$

Direitos e Acessibilidade:  $\frac{2}{5} \times 100 = 40\%$

Avaliação:  $\frac{4}{5} \times 100 = 80 \%$

## Resultados da auditoria aos registos de enfermagem no período de Janeiro-Fevereiro 2014



## Resultados das duas auditorias realizadas ao registos de enfermagem

